Rok XLI. Kraków, 15 Marca 1902. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej *).

Napisał

Dr. M. W. Herman.

Liczne doświadczenia dawniejsze Maassa, Tillmansa, Pisentiego, Eugenio-di-Mateiego, Podwysockiego, A. Bartha, Tuffiera i in., a zwłaszcza ostatniego z wymienionych autorów, w tym jednym przynajmniej szczególe zgadzają się zupełnie, że dla chemicznej równowagi ustroju zwierzęcego wystarcza część tylko tej tkanki nerkowej, jaką w ogólności człowiek i zwierzęta posiadają. Tuffier doświadczenia swoje tak wycyzelował, iż mógł zupełnie dokładnie ująć w liczby konieczne *minimum* miąższu nerkowego. Zdaniem jego zwierzę potrzebuje na 1 klgr. wagi $1-1^1/_2$ grama nerki, czyli stosując te ilości do człowieka, którego przeciętna waga wynosi 80 klgr., w ostateczności wystarcza mu 80 do 120 grm. nerek, czyli mniej więcej $^1/_3$ część tego, co posiada. Doświadczenia te w nowszych czasach w tym właśnie kierunku zostały potwierdzone przez M. Wolfa, P. Fioriego i A. M. Dołgowa. Wiadomości te posiadają dla kliniki wartość nie małą, zwłaszcza dla chirurga, który oparty na takich podstawach, nie waha się w pewnych szczególnych warunkach wydalać jedną nerkę, jakkolwiek wie o tem, że i druga anatomicznie jest już zmienioną. A czynimy to tem śmielej od czasu, kiedyśmy się uwolnili z pod teroryzmu anatomii patologicznej i otrząsnęli z nihilizmu terapeutycznego, na niej bezkrytycznie opartego. Dziś poświęcamy równie baczną uwagę zmianom anatomicznym danego narządu, jak i jego funkcyi, czyli fizyologii patologicznej; a kiedy nie możemy usunąć pierwszych, staramy się wpłynąć na drugą. Znajomość fizyologii patologicznej otwiera nam lekarzom szerokie horyzonty, a chirurgom pozwala postępować śmielej. Badaniem klinicznem nie umiemy jednak rozstrzygnąć tego pytania, nader ważnego dla chirurga, czy owa część miąższu nerkowego, utrzymująca ustrój w równowadze, zawartą jest w całości w jednej nerce, czy też częściowo rozmieszczoną jest w obu nerkach tak, że po usunięciu jednej nerki równowaga owa, dotychczas z trudnością utrzymywana, zachwianą zostanie bezpowrotnie, lub wreszcie, czy owa całość funkcyonująca w sposób wystarczający nie mieści się przypadkowo w tej właśnie nerce, którą, uważając za chorą, mamy zamiar usunąć. Zdarzyć się bowiem i tak może, że chory, zgłaszający się do nas, już z urodzenia jedną tylko posiada nerkę, lub też druga jego nerka skutkiem innego, lub tego samego procesu chorobowego, dawniej już przed laty przebytego, zanikła doszczętnie pod względem funkcyonalnym.

Uprzedzając tok wywodów, na tem już miejscu zaznaczyć muszę, że nawet cewnikowanie moczowodów samo przez się nie zdoła nas w pewnych przypadkach pouczyć należycie o istotnym stanie rzeczy. Gersuny np. wspomina o chorym z ropnem zapaleniem miedniczki, u którego stwierdził przy pomocy kateteryzowania moczowodów, że mocz wydzielany przez drugą nerkę żadnych zmian chorobowych nie przedstawiał. Z czystem przeto sumieniem i bez obawy wyciął nerkę chorą. Już jednak w kilkanaście godzin przyszło mu żałować tego kroku. Chory bowiem umarł wśród zupełnego bezmoczu, a sekcya wykazała, że w nerce, którą pozostawił, zachowała się jedynie jedna jedyna piramida, która wprawdzie wydzielała mocz chemicznie i morfologicznie prawidłowy, czynność jej jednak była zupełnie niewystarczającą.

Wobec takich i innych spostrzeżeń, o których później wspomnimy, w każdym przypadku cierpienia chirurgicznego nerek lekarz odpowiedzieć musi nietylko na to pytanie, która nerka i jakiem cierpieniem została dotkniętą, lecz także musi wiedzieć dokładnie i przewidzieć z możliwem prawdopodobieństwem, czy nerka, która pozostanie po ewentualnej nefrektomii, odpowie w sposób dostateczny zdwojonemu zadaniu, na nią włożonemu. Odpowiadając zaś na to pytanie, pamiętać trzeba o tem, że miąższ nerkowy nie jest zdolny do regeneracyi w ścisłem tego słowa znaczeniu. Tkanka raz zniszczona przepada bezpowrotnie. Nerka uledz może tylko przerostowi kompenzacyjnemu, ale dobroczynne to zjawisko występuje tylko w nerce, w której zmiany patologiczne nie są zbyt daleko posunięte i w przypadkach, w których ustrój ogólnie na siłach nie zbyt podupadł.

Możliwie ściśle sformułowana odpowiedź na to ostatnie zagadnienie nabiera niezmiernej wagi wobec faktu, że dziś nie wzdrygamy się przed wyjęciem jednej nerki, jakkolwiek klinicznie stwierdzamy, że druga dotknięta jest tem samem cierpieniem, lecz w nierównie mniejszym stopniu, a główne dolegliwości pochodzą z tamtej, bardzo już zmienionej nerki. Nie tak dawne to jeszcze czasy, kiedy w roku 1885 Prof. Albert z Wiednia pisał: „Die Nephrektomie bei Nierentuberculose erwähne ich als eine warnende Verirrung der Zeit. Es haben sich Menschen gefunden diese Operation auszuführen und ein Fall soll von Erfolg begleitet gewesen sein!“ Nie wiem, o ile ś. p. Prof. Albert zdanie to swoje później zmienił, gdyż w ostatniem wydaniu swego podręcznika w r. 1898 o gruźlicy nerek wcale nie wspomina; ogół jednak chirurgów inne miał przekonanie o nefrektomii w tem cierpieniu i za życia jeszcze tego sławnego chirurga operacya ta stała się typową i uwieńczona najlepszymi wynikami. Poszliśmy jeszcze dalej. Już nie równocześnie istniejąca gru-

* Wedle wykładu w Tow. lek lwowskiem.

źlica pęcherza, ale nawet początkowy okres zmian gruźliczych w drugiej nerce nie stanowią dziś bynajmniej przeciwwskazań do jednostronnej nefrektomii. Postępując zaś tak, liczymy na to, że wśród korzystniejszych warunków, jakie stwarzamy wydalając nerkę bardzo już zniszczoną, poczynająca się dopiero rozwijać gruźlica w drugiej nerce łatwiej się wygoi. Nie wątpimy bynajmniej, że w początkowych okresach gruźlica nerek uleczyć się może środkami dyetetycznymi. Takie zapatrywania wypowiada Schede w książce, pisanej zeszłego roku, i streszcza swe zapatrywania w tej kwestyi w słowach: „Bei der zweiten Niere kommt es in erster Linie auf die secretorische Leistungsfähigkeit an“... a w drugiej dopiero linii liczymy się z tem, czy w tej nerce jest już także gruźlica, czy jej jeszcze niema Kierując się takiemi zasadami już nieraz chirurgia święciła swe tryumfy. Z wielu doświadczeń w tym kierunku wspominam tylko statystykę z kliniki Czernego.

W dalszym ciągu wymienić należy przypadki ropnych zapaleń miedniczek nerkowych. Wówczas, gdy jedna nerka jest ruchoma i skutkiem jej przemieszczenia moczowód załamie się pod kątem ostrym, przyjść może przy współudziale sprawy zapalnej do całkowitego zropienia tej jednej nerki. I chociaż badaniem klinicznem stwierdzimy, że proces zapalny (np. na tle rzeżączki) toczy się i po drugiej stronie, nie odstąpimy od myśli wycięcia nerki, zamienionej całkowicie w jeden torbiel ropny, skoro tylko oczywiście wśród innych warunków stwierdzimy, że nerka pozostająca dostatecznie funkcyonować zdoła. To samo *mutatis mutandis* powiedzieć możemy o analogicznych schorzeniach na tle kamicy nerkowej. Wykonując zaś wśród takich okoliczności nefrektomię, powodujemy się tą samą myślą, która nam przyświecała przy nefrektomii, podejmowanej wobec niejednakowego zajęcia gruźlicą obu nerek, t. j., że po usunięciu większego ogniska ropnego, zkąd wiele złego dla ustroju płynęło, łatwiej opanować zdołamy cierpienie nerki pozostałej.

Lecz we wszystkich tych przypadkach koniecznem jest dokładne zoryentowanie się w wydolności czynnościowej każdej nerki z osobna; w ten tylko bowiem sposób uniknąć zdołamy niemiłego zdarzenia — śmierci operowanego w parę dni po wycięciu nerki, skutkiem mocznicy.

Nawet w przypadkach, dających nam tak ściśle określone wskazówki co do postępowania leczniczego, jak w nowotworach złośliwych nerek, koniecznem jest choćby pobieżne zoryentowanie się w czynności drugiej nerki, które pozwoliłoby przynajmniej stwierdzić na pewno, że ta druga nerka istnieje.

Kończąc tych kilka uwag ogólnych i wyprzedzając poraz wtóry tok dalszego wywodu, zaznaczam, że po dokładnem rozejrzeniu się w kwestyi nas tu zajmującej, dojść musimy do przekonania, że jedynie cewnikowanie moczowodów w połączeniu z innymi dziś znanymi sposobami badania funkcyi nerek, może nas należycie pouczyć o wydolności funkcyonalnej każdej nerki z osobna, a zwłaszcza tej nerki, która pozostanie po zamierzonem wycięciu jednej i która po operacyi podjąć musi pracę zdwojoną. Ani kateteryzowanie moczowodów samo przez się, ani też wszystkie próby badania jakości czynnościowej nerek bez równoczesnego cewnikowania moczowodów, nie są w stanie w przeważnej liczbie przypadków dostarczyć nam dostatecznych, wytrzymujących wszelką krytykę dowodów. Zejść dziś musimy stanowczo ze stanowiska, jakie przed kilkoma jeszcze laty zajmował ś. p. Prof. Obaliński, twierdząc, że zupełnie polegać możemy na dostatecznej sprawności nerki jednej, gdy będąc zupełnie pewni rozpoznania gruźlicy nerek, nerkę chorą wyczuwamy, jako duży guz. Na takiem samem stanowisku stał do niedawna Schede, zawiódł się jednak bardzo i opuścił je nazawsze, a opuścił mając do rozporządzenia nierównie pewniejsze sposoby badania sprawności czynnościowej nerek, do których opisu wnet przystąpimy. Podnosić zaś chyba tego nie potrzebuję, że wrazie jednakowego zajęcia obu nerek, nietylko jakościowego ale i ilościowego, nefrektomia nie miałaby ani sensu, ani celu.

Kiedy jednak z całą pewnością wykazać się nam uda, że tylko jedna nerka chorobą jest zajęta, pamiętać trzeba, że ta nerka może być jedyną, czy to z urodzenia, czy też stała się dopiero w życiu późniejszym taką, dzięki jakiemuś dawniej już przebytemu cierpieniu. W iście mrówczej pracy zestawił Mankiewicz z Berlina „Przypadki operacyi na nerce w obec braku lub schorzenia drugiej“. Jakkolwiek wrodzony brak jednej nerki jest zjawiskiem rzadkiem, biorąc bowiem przeciętną liczbę z zestawień Whitego, Martina, Morrisa, M. Browna, Sangalliego, Menziesa i Bootesa otrzymamy 1 przypadek agenezyi jednej nerki na 2500 sekcyi, mimo to właśnie chirurg liczyć się musi i z tem małem prawdopodobieństwem. I to tem bardziej, że wedle poszukiwań Beumera ludzie dotknięci tą wadą stosunkowo często zapadają na cierpienia nerkowe i często właśnie skutkiem choroby tej jednej nerki umierają. Statystyka Beumera, obejmująca 48 przypadków nerki pojedynczej, stwierdzonej sekcyjnie, wykazuje w 22 przypadkach — a więc prawie w 50%,— że przyczyną śmierci było schorzenie nerki, wśród tego zaś w 12 przypadkach (25%) znalazł kamicę nerkową. A kiedy tak się rzeczy mają, dziwić się prawdziwie należy, że tylko sześć razy (wedle Mankiewicza) operowano nerkę pojedynczą. W 5 przypadkach operatorowie przeoczyli zupełnie brak drugiej nerki, w jednym zaś (Krönleina) spostrzeżono się jeszcze wczas, stwierdzona jednak obecność jednej tylko nerki odebrała operującemu odwagę do przedsiębrania czegokolwiek energiczniejszego na odsłoniętej już nerce i w parę dni potem chory zmarł wśród zupełnego bezmoczu, spowodowanego zatkaniem moczowodu kamykiem. Historye pięciu pozostałych przypadków przedstawiają się tak: 1) Houzel wyciął lewą nerkę z powodu aseptycznego, po części zwapniałego torbiela. Śmierć po 5-ciu dniach. Agenezya prawej nerki. 2) Verhoogen wykonał nefrektomię prawej nerki z powodu gruźlicy. Następnego dnia chory umarł. Wrodzony brak nerki lewej. 3) Schetelig wyciął jedną nerkę ze wskazań bliżej nieznanych. Chory zmarł wkrótce. Drugiej nerki brak zupełny. 4) Linkenheld naciął miedniczkę i wydobył kamyk, zatykający moczowód lewy Chory wyzdrowiał. Znaczny przerost nerki stwierdzony podczas operacyi, bezmocz, trwający przed tem przez 5 dni, a głównie ilość moczu w pęcherzu, wahająca się od 2000.0 do 50 grm., zależnie od tego, czy szew na miedniczce trzymał, czy nie, uprawniają go do przypuszczenia, że w tym przypadku miał do czynienia z nerką jednostronną. 5) Springorum wykonał nefrotomię na prawej nerce; spodziewanego kamyka nie znalazł. Śmierć następnego dnia. Kamyk był rzeczywiście w moczowodzie, lecz bardzo nizko. Lewej nerki ani śladu.

Zatem na 6 operacyi jedno tylko wyleczenie i to w przypadku niezupełnie pewnym.

Po zestawieniu 234 przypadków nerki jedynej, zauważa Mankiewicz, że częściej zdarza się brak nerki po stronie lewej, że wadę tę spostrzegano częściej u mężczyzn i że mimo jednej nerki, ludzie dożywać mogą najpóźniejszego wieku. Względnie często notowano równocześnie wady rozwojowe w układzie płciowym, zwykle po stronie brakującej nerki i to w formie braku jądra, spodziectwa, braku jajnika trąbki i odpowiedniego rogu macicy i t. p. (Israel, P. Guttmann, Chavanuaz, Ebstein i i.) Nekroskopia stwierdzała brak odpowiednich naczyń krwionośnych i moczowodu. Ważniejszem dla klinicystów jest jednak to, że często, mimo brakującej nerki, można cystoskopem wykazać w pęcherzu pozornie prawidłowe ujście moczowodu, które jednak niczem innem nie jest, jak tylko ślepo kończącym się uchyłkiem, czasami na 2—4 ctm. głębokim. A zatem nie można się ograniczyć jedynie na stwierdzeniu ujścia moczowodu, lecz trzeba wykazać, że przez ujście to wprowadzić można odpowiedni cewnik, aż do miedniczki nerkowej i trzeba się przekonać, że przezeń wylewa się mocz na zewnątrz.

Z wrodzonym brakiem jednej nerki równe znaczenie kliniczne ma zupełny jej zanik, czy to skutkiem poprzednio przebytej choroby czy też po jakimś dawniejszy mzabiegu operacyjnym. W piśmiennictwie chirurgicznem nie brak przykładów i w tym kierunku. Należą tu obszerniej nieco opisane i ztąd lepiej znane przypadki Chrétiena, Spingoruma i Powera. Przypadki te mogą przedstawiać większe trudności rozpoznawcze niż agenezya nerki i dać mogą powód do złudzeń. Po zaniklej nerce pozostać może strzęp tkanki tłuszczowej (Israel) lub guz bliznowaty, które nawet przy bezpośredniem obmacaniu sprawiać mogą złudzenie istniejącej nerki zdrowej.

Niemiłą, a tem niemilszą, że zawsze nieoczekiwaną i czasami groźną niespodziankę, z jedynym wyjątkiem przypadku Israela, wykrywaną dopiero podczas operacyi, stanowi nerka podkowiasta (*ren arcuatus, unguiformis*), powstająca najczęściej skutkiem zrośnięcia się dolnych biegunów. Wśród tych nieprzewidywanych warunków operowali: Socin, Braun, König, Lotheisen i Israel (2 razy). Israel w jednym z ostatnich swoich przypadków rozpoznał puchlinę w nerce podkowiastej na podstawie ogólnych objawów puchliny nerkowej (*hydronephrosis intermittens*) i pojawiania się podczas napadu guza, położonego prawie w linii środkowej ciała. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Powikłanie to, byle wcześnie podczas operacyi spostrzeżone, nie wydaje się zbyt groźnem, jeżeli policzymy, że z tych 6 przypadków dwa tylko zakończyły się śmiercią: jeden z krwotoku z przeciętego miąższu nerkowego, a drugi z następstw niedrożności moczowodu, należącego do pozostawionej połowy nerki. Zawsze jednak byłoby lepiej, gdybyśmy umieli oryentować się już przed operacyą, z czem mamy do czynienia i przystępowali do dzieła z całąświadomością mających się napotkać trudności. Niestety żaden z dotychczas znanych i używanych sposobów rozpoznawania nie pozwala nam choćby z pewnem prawdopodobieństwem przewidywać tej anomalii. Pojedynczy przypadek Israela nie może nam użyczyć pewnych wskazówek rozpoznawczych.

Jeszcze rzadszem i pewno jeszcze mniej pożądanem zdarzeniem podczas operacyi na nerkach jest: nerka plackowata, powstająca z całkowitego zlania się w jedną całość obu nerek i nerka wydłużona (*ren elongatus*). W tym przypadku obie nerki leżą po jednej stronie ponad sobą i zrastają się albo w sposób prosty, t. j. wnęki obu nerek zwrócone są w jedną stronę, lub też zrastają się esowato, tj. tak, że miedniczka jednej nerki zwróconą jest w jedną, drugiej zaś w drugą stronę.

Na pytanie, jaka jest suma operacyj, dokonanych na jednej nerce, w obec rozpoznanego lub przeoczonego schorzenia drugiej nerki, odpowiedzieć nie umiemy. Jakąkolwiek jest jednak owa liczba i bez względu na osiągnięte wyniki sądzę, że w przyszłości operacye, dokonywane, wśród takich warunków znacznie wzrosną w liczbę a przy umiejętnym doborze przypadków wyniki nie będą złe i odstraszające, skoro tylko nauczymy się zdawać sobie dokładnie sprawę ze stanu i sprawności czynnościowej każdej nerki z osobna.

Rozpatrzmyż się teraz w środkach i sposobach, jakimi ku temu celowi rozporządzamy.

Oglądanie okolic lędźwiowych w położeniu kolankowołokciowem chorego (Le Dentu) i opukiwanie nerek (Gerhardt, Zülzer, F. Müller, Reinhold, Pausch, Riess i in.) daje tak niepewne wyniki, że żadną miarą i w żadnym kierunku na nich oprzeć się można. Do wiele pewniejszych i pozytywniejszych wyników dojść możemy przez obmacywanie nerek. Badanie to uskuteczni się najczęściej oburęcznie w położeniu grzbietowem chorych. Tuffier i Litten radzą korzystać ze szczytowej chwili głębokiego wdechu. Badaniu temu przeszkadza najczęściej napięcie powłok brzusznych. Napięcie to starają się usunąć przez ciepłą kąpiel lub głębokie uśpienie narkozą (Lennhof). O ile łatwo zgodzić się można na pierwszą, o tyle stanowczo odradzać trzeba uśpienia. Morris i Israel zalecają badanie w położeniu bocznem lub półbocznem. Jelita wówczas spadają na stronę przeciwną i nerka staje się bezpośrednio dostępną badającej ręce. Israel zapewnia, że w tym kierunku doprowadzić można do mistrzowstwa. Clado i Guyon zwrócili uwagę na balotowanie nerki powiększonej, przylegającej ściśle do okolicy lędźwiowej. Glénard podał metodę zwaną *procédé de pouce*. Chcąc badać np. prawą nerkę, obejmujemy okolicę lędźwiową reką lewą w ten sposób, że cztery ostatnie palce leżą na okolicy lędźwiowej i wypychają ją ku przodowi, podczas gdy od przodu przeciwstawia się im palec pierwszy i tak chwytamy nerkę, jakoby całą ręką. Już w tym roku pisał Goldflam o badaniu nerek przez wstrząsanie okolicy lędźwiowej. Badający staje za chorym pochylonym ku przodowi i pięścią uderza z lekka w okolicę badaną. Wstrząśnienie to, udzielające się nerkom, przechodzi u ludzi zdrowych bez odczucia bólu. Natomiast nerki chore odpowiadają wyraźnym bólem, wyraźniejszym niż przy zwykłem obmacywaniu.

W korzystnych warunkach sposobami tymi uda się nam wykazać, która nerka jest chorą; do pewnego stopnia zdołamy nawet ocenić rozmiary zmian anatomicznych, nigdy jednak ze ścisłością konieczną w razie schorzenia nerek obustronnego, a zgoła żadnego wyobrażenia nie możemy mieć po dotychczas wyliczonych sposobach badania o sprawności funkcyonalnej nerki, mającej pozostać. Raz jeszcze powtarzam, że badanie w kierunku funkcyonalnej wydatności nerki pozostającej, w razie obustronnego zajęcia tych

narządów ma niezwykłą wagę. Casper i Richter zestawiają odpowiednich 29 przykładów (cząstkę wszystkich), które znaczną śmiertelnością świadczą, jak groźnym i fatalnym bywa przebieg po operacyi na nerkach, w obec ich obustronnego schorzenia, w znaczniejszym stopniu. Również nie zdołamy dotychczas wyliczonymi sposobami nigdy odznaczyć, czy druga nerka jest obecną, — gdyż w zwykłych warunkach rzadko tylko i wyjątkowo wyczuć się udaje choćby tylko dolny biegun nerki niepowiększonej, a jeszcze, nawet w tych nader wyjątkowych przypadkach nie zawsze u tego samego osobnika po obu stronach.

Położenie nie poprawiło się po odkryciu X-promieni. Trzeba pewnej dozy dobrej woli, aby na takich radyogramach, zdjętych z jamy brzusznej, dopatrzeć się cienia, odpowiadającego rzekomo nerkom. W pewnych przypadkach chorobowych, w pierwszej linii w kamicy nerkowej, umiemy jednak i z tej strony otrzymać niektóre pożyteczne wskazówki, jak to jedni z pierwszych spostrzegaliśmy swego czasu w klinice Prof. Rydygiera. W ostatnim roku posunęliśmy się i w tym kierunku o krok naprzód. Tuffiér L. B. Schmidt, G. Kolischer, F. Loewenhard i G. v. Illyes zalecili, aby radyogramy zdejmować po poprzedniem wprowadzeniu do obu moczowodów cewników, zaopatrzonych w mandren z ołowiu, srebra lub zawiesiny podazotynu bizmutu. Wtedy na fotografii otrzymamy zupełnie wyraźny obraz mandrenu, wskazujący nam przebieg moczowodu i zwracający naszą uwagę na cień, odpowiadający nerkom, względnie na obraz kamyczków, zawartych w miedniczkach nerkowych, a nawet przez porównanie stosunku obrazu mandrenu do obrazu guza, który uważaliśmy np. za ruchomą nerkę, możemy tą drogą uzyskać pewne wskazówki rozpoznawcze dla przypadków guzów jamy brzusznej. (C. d. n.)

II. Z zakł. anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

O polipowatych nowotworach mięszanych przełyku.

Podał

Dr. L. K. Gliński,

Asystent zakładu.

Jedną z najczęstszych zmian nowotworowych, jak i wogóle chorobowych w obrębie przełyku są bezsprzecznie raki; nic dziwnego zatem, że ta sprawa chorobowa oddawna zwracała na siebie uwagę badaczów, dzięki czemu obecnie w tym kierunku posiadamy już bardzo obszerne piśmiennictwo i odnośnie do tych nowotworów niewiele nowego da się obecnie powiedzieć. Prócz raków jednakże spotykamy się w przełyku także z innymi nowotworami, występującymi już to w postaci ograniczonych guzów, już też, co rzadziej, w postaci polipów, dochodzących niekiedy znacznych rozmiarów i tamujących skutkiem tego przechodzenie pokarmów. Rzadkość tych nowotworów jest przyczyną, iż nasze wiadomości w tym kierunku są niedostateczne, często wprost błędne. Tak np. wielu autorów nawet najobszerniejszych podręczników o polipach przełyku nie wspomina zupełnie, lub też, polegając na dawniejszej monografii Middeldorpfa, nazywa polipami przełyku twory uszypułowane, wychodzące ze ścian gardła *(pharynx)*, które następnie przy połykaniu opuszczają się do przełyku, ich szypuła wydłuża się tak, że polipy te sięgać mogą nawet do wpustu żołądka. Nie są to jednak właściwe polipy przełyku (t. j. wychodzące ze ścian przełyku), lecz polipy gardlane, leżące w przełyku. König w swej monografii o chorobach przełyku [1]) wręcz przeczy istnieniu rzeczywistych polipów przełyku; opisane zaś w latach dawniejszych przypadki Pringlea (polip, wychodzący ze środkowej części przełyku), oraz Dallasa (3 cale poniżej szpary głosowej), tłómaczy w ten sposób, iż i w tych przypadkach punktem wyjścia polipów były ściany gardła, lecz szypuła pod wpływem ciężaru polipa i działania mechanicznego połykanych pokarmów przewędrowała następnie ku dołowi — tłómaczenie, dające się zastosować tylko do przypadków niedostatecznie badanych, gdyż takie przesunięcie się szypuły nie mogłoby nastąpić bez zmian w błonie śluzowej tych miejsc, wzdłuż których to przesuwanie się następowałoby. Zresztą niema żadnych słusznych powodów, dla którychby polipy w przełyku rozwijać się nie mogły: kształt polipowaty nowotworów, jak wiadomo, jest rzeczą przypadkową, zależną od warunków miejscowych i sposobu rozrastania się nowotworu; przełyk zaś, jako cewka o szerokiem stosunkowo świetle, posiada odpowiednie warunki. To też, rzadko wprawdzie, jednakże spotykamy się i w nowszem piśmiennictwie z polipami dokładnie opisanymi i nie pozostawiającymi wątpliwości co do ich pochodzenia ze ścian przełyku; do takich należałoby zaliczyć przypadki Weigerta, Coatsa, Oglea, Wolfensbergera i innych.

Co się tyczy budowy drobnowidowej tych polipów, to według Birch-Hirschfelda kształt ten przybierać mogą tutaj włókniaki, tłuszczaki i mięśniaki gładkokomórkowe (przypadek Coatsa). Weigert opisał przypadek gruczolaka polipowatego; w przypadku Oglea kształt polipa miał posiadać mięsak wrzecionowatokomórkowy, wreszcie najciekawszym ze względu na budowę mikroskopową jest przypadek, ogłoszony przez Wolfensbergera. W przypadku tym u 75-letniego starca badanie pośmiertne wykazało w dolnej części przełyku na przedniej jego ścianie obecność dużego uszypułowanego polipa, złożonego jakby z oddzielnych pozrastanych ze sobą guzków, dość miękiego, sięgającego swym szczytem na 2 cm. powyżej wpustu żołądka; ponad tym głównym tworem polipowatym znajdowały się w przedniej ścianie przełyku oddzielne białawe guzki, częściowo również polipowatego kształtu. W okolicy wpustu, już w obrębie jamy brzusznej, znaleziono przerzut nowotworowy w jednym z gruczołów chłonnych. Badanie drobnowidowe nowotworu w przełyku okazało, iż składa on się głównie z mięśni prążkowanych, przedstawiających najrozmaitsze okresy rozwoju, poczynając od niezróżniczkowanej jeszcze komórki okrągłej aż do zupełnie wykształconych włókien. Przerzut w gruczole chłonnym składał się głównie z komórek okrągłych, dalej z małych komórek wrzecionowatych, wreszcie z krótszych i dłuższych włókien, w których tu i owdzie można było wykazać poprzeczne prążkowanie; wreszcie w środkowej części gruczoł ten posiadał utkanie śluzakowe. Na podstawie wyniku tego bada-

[1]) Nawet jeszcze w nowem (VII) wydaniu swego obszernego podręcznika „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“ z roku 1898—1899 o właściwych polipach przełyku König nie wspomina, a o spotykanych w przełyku polipach mówi: „Sie wachsen wohl immer von dem Pharynx aus“. *(Przyp. autora).*

nia drobnowidowego autor rozpoznał w swoim przypadku mięśniak prążkowany.

Przypadek ten jest dotychczas, o ile mi wiadomo, jedynym w piśmiennictwie: nowotwory, zawierające mięśnie prążkowane, do tego czasu były opisywane prawie wyłącznie w obrębie innych narządów i to głównie w obrębie narządu moczopłciowego (nerki, jądra, macica, pochwa i t. d.); o ile zaś to możliwe, wszechstronna znajomość tych nowotworów jest ze względów teoretycznych niezwykle ważną, gdyż sprawa powstawania tych nowotworów rzuca ciekawe światło na powstawanie nowotworów wogóle. Z tych względów, sądzę, warto jest zastanowić się nad następującym przypadkiem, który nasunął mi się w tutejszym zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza, zwłaszcza iż pojmowanie przez Wolfensbergera opisanego przezeń przypadku obecnie już wobec ciągłego postępu nauki, szczególnie po ogłoszeniu prac Wilmsa o nowotworach mięszanych, nie wydaje mi się słusznem. Zresztą i ze względów czysto praktycznych — leczniczych — przypadek ten również godzien jest uwagi.

Z końcem roku 1900 do tutejszego szpitala św. Łazarza na oddział prymaryusza Dra Krokiewicza (któremu za łaskawie mi udzielone daty kliniczne składam szczere podziękowanie) zgłosił się 68-letni mężczyzna ze skargami na utrudnione połykanie, bóle w okolicy żołądka, dość częste nudności i wymioty. Ojawy te wystąpić miały na 3 miesiące przed zgonem. Badanie przedmiotowe wykazywało znaczne wyniszczenie, bladość powłok, zresztą w narządach wewnętrznych (prócz przełyku) badaniem przedmiotowem zmian ważniejszych wykazać się nie udało. Kilkakrotne badanie zgłębnikiem (dość grubym) przełyku wykazywało lekki opór w okolicy wpustu żołądka, łatwo jednakże dający się przezwyciężyć. Osłuchiwanie przełyku podczas połykania pokarmów wykazywało obecność 2 szmerów połykowych. Przez czas pobytu w szpitalu chory nie gorączkował, wymienione wyżej objawy (nudności, wymioty, utrudnione połykanie, bóle w okolicy żołądka) utrzymywały się ze zmiennem natężeniem, wyniszczenie postępowało szybko, osłabienie wzrastało, wreszcie nastąpiła śmierć wśród objawów znacznego osłabienia i śpiączki.

Badanie pośmiertne wykazało w dolnej części przełyku obecność guza nowotworowego, wypełniającego całkowicie rozszerzone tutaj światło przełyku. Guz ten wielkości i kształtu jaja kurzego, zgrubieniem zwróconego ku wpustowi, nie dochodzi na $2^1/_2$ ctm. dolnym swym brzegiem do wpustu, wychodzi z przedniej ściany przełyku i jest z nią połączony za pomocą dość krótkiej (2 ctm.), stosunkowo cienkiej ($^1/_2$ cm.) szypuły. Szypuła ma kształt podłużny, rozpoczyna się w odległości 19 cm. poniżej górnego brzegu chrząstki obrączkowej, kończy się na $5^1/_2$ ctm. powyżej wpustu. Długość samego polipa w największym wymiarze = $7^1/_2$ ctm., szerokość w miejscu najszerszem = 4 ctm., obwód polipa w części górnej = $6^1/_2$ ctm., obwód w części dolnej = 12 ctm. Powierzchnia polipa jest nierówna, guzkowata, miejscami w dolnej części rozpadająca się i wrzodziejąca. Polip daje się łatwo unosić na szypule, która zdaje się stanowić bezpośrednie przedłużenie błony śluzowej i nie pozostaje w ściślejszym związku z warstwami głębszemi; to też dzięki wiotkiej tkance podśluzowej przy unoszeniu polipa unosi się zupełnie swobodnie i błona śluzowa części sąsiednich. Co się tyczy zbitości polipa, to jest on wogóle dość miękki, miejscami jednak wyczuwa się nieco zbitsze partye. Powierzchnia rozkroju jest dość gładka, białawo zabarwiona; miejscami widoczne są części więcej szarawe, przeświecające, jakby galaretowate.

Powyżej tego polipa, również na ścianie przedniej, nieco ku stronie prawej, znajduje się drugi wązki, stosunkowo mały polip na bardzo cienkiej nóżce, dochodzący długości 2 ctm. Odpowiednio do wielkości i kształtu głównego polipa przełyk, przedstawiający w częściach leżących powyżej polipa wymiary zupełnie prawidłowe, w częściach dolnych rozszerza się w miarę grubienia tego guza stożkowato, obejmując go w kształcie pochwy i dosięgając $12^1/_2$ ctm. obwodu w miejscu najszerszem. Ściany przełyku przylegają dość ściśle do powierzchni polipa, błona śluzowa tutaj wydaje się nieco zmacerowaną, w miejscach zaś, odpowiadających największym wypukleniom polipa, znajdujemy już nawet wyraźne ubytki w błonie śluzowej. Błona śluzowa powyżej opisanych polipów i wogóle ściany przełyku na całej przestrzeni przedstawiają zupełnie prawidłowe wejrzenie i zmian żadnych nie okazują.

Prócz wyżej opisanych zmian w obrębie przełyku, oraz ogólnego znacznego wyniszczenia i wysokiego stopnia niedokrewności, badanie pośmiertne nie wykazało żadnych ważniejszych zmian, wobec czego jako przyczynę śmierci należało uznać wyniszczenie całego ustroju w następstwie głodu.

Do badania drobnowidowego wyciąłem z opisanego wyżej wielkiego polipa kilka kawałków dość dużych i to z różnych miejsc, by zapoznać się możliwie dokładnie z jego budową; cały zaś okaz zachowałem w słabym roztworze formaliny. Wynik badania był następujący: na powierzchni guza gdzieniegdzie tylko dają się wykazać resztki nabłonka wielowarstwowego, pokrywającego błonę śluzową przełyku, przeważnie zaś nabłonek uległ obumarciu i odpadł. Podobnież i powierzchowne warstwy polipa są przeważnie obumarłe, zmienione w drobnoziarnistą masę bez dającej się wykazać budowy; wśród masy tej już przy barwieniu zwykłem (hematoksylina, eozyna), jeszcze wyraźniej zaś przy barwieniu barwikami anilinowymi widzimy niezliczoną ilość najrozmaitszych bakteryj (prątków, koków); spotykają się tutaj również niezbyt liczne leukocyty. W miarę posuwania się ku środkowi guza wśród tej masy bez budowy poczynają się pojawiać komórki — początkowo pojedynczo, później — coraz liczniejsze; tutaj jednakże jeszcze komórki te nie barwią się należycie: tyle tylko, iż można rozróżnić ich zarysy, oraz zarysy jąder; komórki te posiadają kształt przeważnie wrzecionowaty i są różnej długości. Dopiero stosunkowo już w dość głębokich warstwach tkanka nowotworowa barwi się dobrze i tutaj nawet przy pobieżnem przeglądaniu preparatów rzuca się w oczy niejednolitość utkania.

Przeważną masę utkania nowotworu stanowią różnej długości wrzecionowate komórki z owalnem jądrem, ściśle do siebie przylegające i grupujące się jakby w pęczki, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach i przeplatające się nawzajem; ztąd też na przekroju znajdujemy całe pasma, złożone z tych komórek, poprzecinane już to poprzecznie, już to podłużnie, już wreszcie skośnie. Pomiędzy pasmami komórek wrzecionowatych, miejscami zaś i między pojedynczemi komórkami, rozrzucone są nierównomiernie

różne rodzaje komórek, a mianowicie: 1) nieliczne krwinki białe, przeważnie jednojądrzaste; 2) komórki okrągłe lub owalne różnej wielkości, niekiedy kilkakrotnie przewyższające wielkość krwinki białej; 3) komórki olbrzymie z licznemi jądrami. Spotykane tu i owdzie leukocyty nic godnego uwagi nie przedstawiają. Ważniejsze są 2 następne rodzaje komórek; otóż wspomniane komórki okrągłe leżą rozrzucone już to pojedynczo pośród pęczków komórek wrzecionowatych, już też miejscami tworzą większe skupienia; znaczniejszego nagromadzenia tych komórek w częściach obwodowych nie znalazłem. Posiadają one kształt już to okrągły, już owalny; miejscami kształtem swym zbliżają się do krótkich komórek wrzecionowatych. Jądra tych komórek barwią się silnie hematoksyliną i stosunkowo do rozmiarów całej komórki są niewielkie. W jądrach tych komórek widoczne są bardzo liczne figury karyokinetyczne: w niektórych z nich podział został już ukończony, mimo to protoplazma nie rozdzieliła się i komórka zachowując kształt okrągły lub nieco wydłużony różni się od innych tylko swą wielkością i obecnością 2 jąder. Obok tych komórek znajdujemy rozrzucone pośród komórek wrzecionowatych komórki olbrzymie o niewyraźnych zarysach protoplazmy, o bardzo silnie barwiących się jądrach; ilość tych jąder jest zmienna: w niektórych komórkach znajdujemy ich kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt, w innych natomiast znajduje się tylko jedno lub dwa jądra, jądra te jednak dosięgają bardzo znacznych rozmiarów, przybierają najfantastyczniejsze kształty, wogóle jednak posiadają kształt wydłużonych tworów z licznemi przewężeniami (różańcowaty). Miejscami ilość tych komórek wzrasta bardzo znacznie tak, że zajmują one niekiedy całe pole widzenia i zdają się tworzyć główną masę utkania nowotworowego; z drugiej jednakowoż strony nieraz w całym preparacie udaje się wykazać zaledwie parę tych komórek olbrzymich.

Prócz wyżej opisanych komórek, spotykamy w różnych częściach preparatów już to pojedyncze, już też skupione w mniejsze lub większe pasma dość grube włókna łącznotkankowe, barwiące się czerwono metodą v. Giesona. Gdzieniegdzie pośród utkania nowotworowego znajdują się rozrzucone niezbyt ściśle odgraniczone ogniska, złożone z nielicznych komórek już to gwiazdkowatych, już to różnokształtnych, z licznemi, łączącemi się z sobą wypustkami, oraz ze znacznej ilości istoty międzykomórkowej, miejscami podbarwiającej się słabo-niebiesko hematoksyliną i nie okazującej drobnowidowo żadnej budowy; jednem słowem ogniska te mają wejrzenie tkanki śluzakowej; są one rozrzucone bezładnie w różnej ilości w różnych częściach preparatów; wielkość ich również jest różna, niektóre z nich są widoczne makroskopowo w postaci wyżej wspomnianych ognisk szarawych, przeświecających, inne dają się wykazać dopiero przy badaniu drobnowidowem. Wreszcie spotykamy się tutaj jeszcze z jednym składnikiem: w niektórych preparatach widoczne są dość liczne włókna mięśni prążkowanych; włókna te leżą już to skupione w pęczki, już to porozrzucane pojedynczo wśród innych składników nowotworu; częściowo w środkowych częściach tych włókien, głównie zaś na ich obwodzie znajdujemy rozrzucone jądra kształtu owalnego, barwiące się dobrze hematoksyliną. Co się tyczy prążkowania poprzecznego, to nie wszędzie występuje ono wybitnie; w niektórych włóknach jest ono zupełnie wyraźne, w innych — zaledwo zaznaczone w pewnych częściach (zwykle w sąsiedztwie jądra), w innych wreszcie — prążkowania nie widzimy; tutaj jednak odróżniają się one wybitnie swem żółtem zabarwieniem od znajdujących się w tymże preparacie (barwionym metodą v. Giesona) czerwono zabarwionych włókien łączno-tkankowych.

Wreszcie dodać muszę, iż wyżej opisany nowotwór jest wogóle niezbyt obficie unaczyniony; najwięcej jeszcze stosunkowo naczyń znajdujemy w obrębie wspomnianych ognisk o utkaniu śluzakowem; naczynia te posiadają stosunkowo szerokie światło i cienkie ściany, sprawiając wrażenie naczyń nowowytworzonych.

Celem dokładniejszego zapoznania się z pojedynczymi składnikami oraz z budową komórek wrzecionowatych, poddałem cząstki nowotworu maceracyi (w 33% wyskoku) i po rozdrobnieniu ich igiełką badałem preparaty już to niebarwione, już też podbarwione safraniną. Badanie to jednakże nie dodało właściwie nic nowego do tego, cośmy wyżej powiedzieli, jedynie tylko w protoplazmie niektórych komórek wrzecionowatych dopatrzeć się było można śladów poprzecznego prążkowania; obrazy te jednakowoż nigdzie nie były tak wyraźne, jak w przypadku Wolfensbergera.

Obecności włókien sprężystych wykazać mi się nie udało. (Dokończ. nast.).

III. **Z kliniki lekarskiej prof. dra Gluzińskiego we Lwowie.**

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał

Dr. Henryk Berger

c. i k. lekarz pułkowy.

(Ciąg dalszy).

Mój materyał doświadczalny stanowi 9 przypadków, między którymi był 1 z zapaleniem macicy krwotocznem i zwyrodnieniem torbielowatem nerek, 1 z plamicą gośćcową. 2 z plamicą Werlhofa, 1 z zapaleniem nerek krwotocznem, 1 z moczeniem krwawem przepuszczającem, 3 z krwiopluciem płucnem na tle gruźliczem.

Poniżej przedstawiam powyższe przypadki z pominięciem 2 przypadków tętniaka, które chciałbym szczegółowiej omówić.

Przypadek I. dotyczy chorej 36 letniej *P. M.* W wywiadach podaje, że zawsze się czuła zdrową aż do kwietnia ostatniego roku; wtedy właśnie wystąpiła prawidłowa miesiączka, trwająca 4 dni; w parę dni potem pojawiła się znowu. Krwawienie to utrzymuje się dotąd; 18. kwietnia zauważyła chora krwawe zabarwienie moczu, co skłoniło ją do zgłoszenia się do kliniki, gdzie też 25/4 została przyjęta.

Rozpoznanie: *Endometritis haemorrhagica in individuo cum rene migrante dex. et degeneratione cystica renum.*

26/4. Chora krwawi ciągle i dość obficie. Podmiotowo uskarża się na ciągnące bóle w krzyżach i ogólne osłabienie. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 13.000, czerwonych 5,400,000, hemoglobina = 50. Mocz barwy mięsa, oddziałuje kwaśno C. wł. 1020. Znaczna ilość białka. Inne składniki prawidłowe. W osadzie znaleziono obfitą ilość ciałek czerwonych, pojedyncze ciałka białe, przybłonki z pęcherza.

Chorej podano 15 grm. żelatyny w formie galaretki.

26/4. W moczu pojedyncze skrzepy krwi. Żelatyna.

28/4. Od wczoraj wieczora do dziś południa ustało krwawienie zupełnie. Mocz wyjaśniał nieco. Wieczorem znowu lekkie krwawienie z części rodnych. Polecono nadal codziennie żelatynę.

29/4. Od wczoraj krwawienie ustało. Mocz bez krwi. O godz. 2 znowu krwotok, lecz daleko mniejszy niż poprzednio,

30/4. Krwawienia niema. Mocz bez krwi.

Do 4/5. stan niezmieniony. W moczu znaleziono zbity, 1 ctm. długi skrzep.

8/5. Mocz znowu krwawy, chora skarży się na ciągnące bóle w krzyżach. Krwawienia z części rodnych niema.

10/5. Mocz bez krwi, jednak ze śladem białka, bez skrzepów; stan ogólny znacznie lepszy.

14/5. Żelatynę odstawiono.

25/5. Chora opuszcza klinikę. Od 8/5. nie stwierdziliśmy ani razu krwawienia. Mocz stale jasny ze śladem białka.

Przypadek II. Chora *M. H.*, lat 15. W lutym b. r. dostała krwawej wysypki na kończynach dolnych, utrzymującej się w ciągu miesiąca. Gdy chora wstała z łóżka, pojawiła się znowu wysypka po tygodniu, tym razem i na kończynach górnych wraz z lekkim obrzękiem skóry. Od czasu do czasu pojawiał się obrzęk także na powiekach. Na inne przypadłości się nie uskarża. Przyjęta do kliniki 2. maja b. r.

Rozpoznanie: *Nephritis haemorrhagica in individuo cum purpura rheumatica.*

Badanie moczu, dokonane dnia następnego, wykazuje: mocz barwy mięsa, wysycony, Cg. 1014. oddziałuje zasadowo, białka znaczna ilość (4·7‰). Inne składniki prawidłowe. W osadzie b. liczne czerwone i białe ciałka krwi, wałeczki szkliste i ziarniste obłożone ciałkami czerwonemi. Chora pozostawała w leczeniu do 21/6. Podawano jej codziennie żelatynę w postaci galaretki.

Skutek nie był zadowalniający, podskórne wybroczyny zmniejszały się wprawdzie i około 6/6 znikły nawet zupełnie, powróciły jednak na nowo przed opuszczeniem kliniki. Tak samo pozostał mocz krwawy, zmniejszyła się tylko ilość białka, która spadła powolnie do 2·5‰.

Przypadek III. *S. I.* lat 23. Rozpoznanie: *Morbus maculosus Werlhofii.* Chorego przyjęto z silnym krwotokiem nosowym. Na kończynach dolnych liczne świeże wybroczyny podskórne, mniej ich na skórze grzbietu i klatce piersiowej, jakoteż na dolnej wardze i na granicy między podniebieniem miękiem a twardem. Chory lekko gorączkuje. W stolcu krew jasnoczerwona. Mocz krwistoczerwony. C. wł. 1022, białko obecne. W osadzie liczne ciałka czerwone. Badanie krwi: c. białych 11.200, c. czerwonych 4.500.000, Fleischl 60%

Tamponada nosa (rurką Bellocqa) gazą napojoną 10% rozczynem żelatyny; 20 grm. żelatyny wewnętrznie.

22/5. Po odjęciu tamponów krew lekko się sączy. Mocz i stolec krwawy. Polecono: 2 r. dź. przepłókiwanie nosa 10% roztworem żelatyny i żelatynę wewnętrznie. Chory czuje się b. osłabionym.

23/5. Od czasu do czasu chory krwawi. Mocz jaśniejszy, zawiera mniej ciałek czerwonych krwi. Żelatyna wewnętrznie.

24/5. Krwawienia niema. Chory czuje się lepiej, gorączkuje jednak jeszcze do 37·5. Mocz żółty, w osadzie nieliczne ciałka czerwone. Stolec dziś oddany barwy prawidłowej. Wybroczyny skórne znacznie bledsze. Żelatyna wewnętrznie.

25/5. Krwawienia niema. Stan podgorączkowy. Obok zbladłych wybroczyn skórnych na kończynach dolnych, nieliczne świeże. Mocz czysty bez ciałek krwi w osadzie. Żelatynę podano dalej.

28/5. Od przedwczoraj nie dostrzeżono żadnych wybroczyn. Chory czuje się dobrze, uskarża się tylko na osłabienie. Mocz jasny, zawiera ślad białka. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 6800, ciałek czerwonych 5.800,000, Fleischl 70%. Podano żelatynę z bulionem mięsnym.

Chory opuścił klinikę dnia 13/6. uleczony. Krwawienie z nosa nie pojawiło się wcale, wybroczyny skórne zbladły prawie zupełnie, w moczu białka nie można było wykazać.

Przypadek IV-ty pochodzi z mojej praktyki prywatnej i dotyczy 19-letniej kobiety w 10 m. ciąży. Poraz pierwszy widziałem chorą przed 2 miesiącami, kiedy przybyła do mnie z powodu częstego i uporczywego krwawienia z nosa.

Badanie wykazało pojedyncze wybroczyny podskórne i znaczną niedokrewność. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że chora w 12 r. życia przebyła chorobę podobną do gnilca *(scorbutus).* Badanie nosa nie przedstawiało nic nieprawidłowego. Zaleciłem spokój, odpowiednią dyetę oraz *Aq. calcinata efferv. Jaworski.*

Rozpoznanie: *Diathesis haemorrhagica in gravida.*

Po 2 miesiącach zawezwano mnię powtórnie do chorej i wówczas dowiedziałem się, że ona stale krwawi z nosa. Z powodu stanu chorej nie można było zastosować leków wewnętrznych, tamujących krwotok, a na tamponadę nie chciała się chora zgodzić, mimo przedstawień. W chwili mego przybycia krwotok trwał już od 10 godzin. Na tamponadę chora w żaden sposób nie chciała się zgodzić, postanowiłem więc użyć w tym przypadku przepłókania jamy nosowej żelatyną, aby w ten sposób opanować nie tak obfite jak uporczywe krwawienie. I rzeczywiście krwotok niebawem ustał. Jednakowoż wskutek niespokojnego zachowania się chorej skrzep wiotki, który się właśnie utworzył, wypadł z nosa, a krew zaczęła sączyć na nowo, co się powtórzyło dwukrotnie. Tętno stało się znacznie przyspieszone, wystąpiły trudności w oddechaniu, postanowiłem więc wziąć się do wstrzyknięcia żelatyny, wahając się początkowo, ponieważ obawiałem się podniesienia ciepłoty, które nie było pożądanem w ostatnich dniach ciąży.

Wstrzyknąłem podskórnie 100 grm. 2% rozczynu żelatyny w łydkę lewą; — po $^3/_4$ godź. krwotok ustał zupełnie. Ciepłota, zapowiadając się lekkimi dreszczykami, poczęła wzrastać i doszła około północy do 38·8°. Chora skarżyła się na silne bóle w lewem podudziu; miejsce wstrzyknięcia nie przedstawiało żadnego odczynu. Na 2-gi dzień ciepłota opadła do prawidłowej, bóle ustały pod okładami z rozczynu Burowa. Po 6 dniach nastąpił poród. Chora aż do tego czasu codziennie zażywała żelatynę, a krwawienie wcale się nie powtórzyło. Skutek leczniczy żelatyny był w tym przypadku niezwykle pomyślny, trzeba jednak dodać, że odnosił się on do chorej rzeczywiście »na wpół skrwawionej«.

Przypadek V. *F. K.* lat 40. Rozpoznanie: *Nephritis haemorrhagica.* Ostre zapalenie nerek zwróciło na siebie uwagę chorego dopiero, kiedy wystąpiły obrzęki przed dwoma tygodniami. Rozbiór moczu wykazuje: mocz wysycony o c. wł. 1020, chlorki lżejsze, znaczna ilość białka. Essbach $4^1/_2$‰ Pod drobnowidem wałeczki ziarniste, nieliczne ciałka czerwone krwi.

Badanie krwi: Ciałek białych 12.600, czerwonych 4,320.000, Fleischl 72%. Ilość moczu na dobę 400 grm.

Stan chorego po 3 tyg. pobytu w klinice znacznie się poprawił przy odpowiedniem leczeniu. Ilość moczu wzrosła na 3100 grm. na dobę, obrzęki znacznie zmalały, pozostał tylko ślad obrzęku koło kostek. Naraz 10/4 znaleziono w osadzie pod drobnowidem b. wielką ilość ciałek czerw. krwi, a mocz okazywał barwę ciemnoczerwoną.

Ponieważ stan w ciągu 2 dni nie poprawił się, wstrzyknięto dnia 13/5 wieczorem 100 grm. 2% rozczynu żelatyny w prawą łydkę. W 4 godziny po wstrzyknięciu, ciepłota ciała poczęła się wśród silnych dreszczów podnosić, a o północy doszła do 38·3° C.

14/4. Chory mało gorączkuje, najwyższa ciepłota 37·5.

Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu zapalnego, chory uskarża się jednak na dość silne bóle w prawem podudziu. Mocz zachowuje się jak poprzednio w ilości 2740 na dobę.

15/4. Stan bezgorączkowy. Miejsce wstrzyknięcia nie okazuje odczynu, bóle ustąpiły. Mocz ciemnoczerwony, c. wł. 1019, białko wyraźne, w osadzie pod drobnowidem: czerwone ciałka krwi w dość znacznej ilości, Essbach 1·4‰.

16/4. Mocz w trzech odstępach zebrany okazuje następujące zabarwienie: ciemnobrunatne, ciemnożółte, bursztynowo żółte. Essbach = 1‰ Pod drobnowidem: nieliczne wałeczki ziarniste, ciałka czerwone krwi w daleko mniejszej ilości.

18/4. Stan ogólny tak jak poprzednio. Ilość moczu 2500, barwa żółtawobrunatna, C. wł. 1015. Essbach 0·75‰. Osad pod drobnowidem jak poprzednio.

19/4. W osadzie ilość ciałek czerwonych znacznie mniejsza, mocz jaśniejszy.

20/4. Mocz żółty, pod drobnowidem c. czerwonych wykazać nie można.

30/4. Chory czuje się znacznie lepiej. Obrzęków nigdzie stwierdzić nie można. Ilość moczu 2200, barwa żółta bez domieszki krwi. W osadzie wałeczki (szkliste i ziarniste), przybłonki. Essbach = 0·45‰.

Chory opuszcza 5/5 klinikę ze znaczną poprawą, mocz bez krwi.

W tym przypadku uzyskaliśmy rzeczywiście skuteczny wynik, tem wybitniejszy, że żelatyna pomimo ostrego zajęcia nerek nie wywarła na nie wcale złego wpływu, albowiem ilość białka w porównaniu z jego poprzednią ilością znacznie się zmniejszyła. Przypadek ten potwierdził spostrzeżenia Sorga.

Przypadek VI. *M. S.* 42 lat. W wywiadach podaje, że przed 2 laty zauważyć miał krwawy mocz. Stan taki utrzymywał się przez miesiąc z małemi przerwami. Przed 2 miesiącami pojawił się znowu krwawy mocz. Stan ten jednak ustąpił po kilku dniach. Obecnie krwawe

zabarwienie moczu wystąpiło znowu, skutkiem czego chory zgłosił się do kliniki.

Rozpoznanie: *Degeneratio cystica renum. Haematuria intermittens.*

17/4 Stan bezgorączkowy. Bólów niema. Przy ogólnem badaniu wszędzie stosunki prawidłowe, tylko po stronie prawej brzucha nerka powiększona macalna. Mocz ciemnoczerwony, oddziałuje słabo kwaśno, C. wł. 1012. Białko wyraźne. Chlorki lżejsze. W osadzie wałeczków nie znaleziono, tylko nader liczne czerwone ciałka krwi.

Choremu podano wewnętrznie żelatynę.

18/6. Mocz barwy słomiasto-żółtej. Białko wyraźne, w osadzie ciałek czerwonych nie znaleziono. Podano żelatynę wewnętrznie.

19/6. Badanie moczu wykazuje: barwa słomiasto-żółta, c. wł. 1009, ślad białka, osad skąpy, jak dzień przedtem. Podano dalej żelatynę.

23/6. Do dziś stan niezmieniony. Rano oddał chory znowu mocz krwisto czerwony o oddziaływaniu obojętnem, c. wł. 1011, białko wyraźne, chlorki i inne składniki prawidłowe. W osadzie znaleziono bardzo wielką ilość ciałek czerwonych, zresztą nic nieprawidłowego.

Wstrzyknięto 100 ctm.^{3} rozczynu żelatyny w lewą łydkę. Wieczorem mocz mętny, żółty.

24/6. W trzy godziny po wstrzyknięciu podniosła się ciepłota ciała wśród miernych dreszczów. Najwyższa ciepłota 38·4. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, bez odczynu. Mocz żółty. Chory czuje się dobrze.

O 11 w nocy mocz zawiera prawie czystą krew. Ciepłota 37·3. Podano wewnętrznie żelatynę.

25/6. Mocz oddany nad ranem barwy żółtej, zawiera w osadzie zaledwie ślad rozpadłych ciałek czerwonych. Podano żelatynę.

26/6. Mocz jak dnia poprzedniego, o godź. 4 popołudniu mocz krwawy, wieczorem oddany barwy słomiasto-żółtej. Żelatyna wewnętrznie.

27/6. Badanie moczu wykazuje: barwa winowo-żółta, C. wł. 1010, oddziaływanie słabo kwaśne, białko wyraźne, inne składniki prawidłowe. W osadzie liczne ciałka wypocinowe, skąpa ilość c. czerwonych, przybłonki z pęcherza.

Wstrzyknięto powtórnie 100 ctm.^{3} 6% rozczynu żelatyny w prawą łydkę. Okład z *Liq. Burowi*. Najwyższa ciepłota po wstrzyknięciu 38·2. Miejsce wstrzyknięcia mniej bolesne niż przy pierwszem, bez odczynu.

28/6. Wczorajszy wieczorny mocz ciemnożółty, dziś rano jasny, przejrzysty. Krwi w osadzie wykazać nie można; stan bezgorączkowy.

29/6. Mocz ciemno-czerwony. W osadzie wielka ilość c. czerwonych Mocz z nocy znacznie jaśniejszy, nad ranem barwy piwnożółtej.

30/6. Stan bez zmian. Podano żelatynę.

1/7. Badanie moczu wykazuje: barwa ciemno-krwawa, przejrzystość: mocz mętny od bakteryj, obok tego obfite stromata ciałek czerw. i skupienia c. cz. krwi. Woń słabo amoniakalna. C. wł. 1008. Białko obecne w ilości 0·40%, redukcya słaba, cukru niema, aceton, kw. acoct., dyazoreakcya = 0. Indykan niezwiększony. Chlorki 0·335%. Fosforany ogólne 0.069%.

Oksyhemoglobina w ilości 0·345%. Hematoporfiryna (zwiększona) i urobilina w śladach. Osad: dość obfity składa się z wiotkiego strątu, w którym znajduje się obficie stromata ciałek cz. krwi, nadto w znacznej ilości skupienia tych ciałek, komórki duże w rodzaju alweolarnych. Przybłonki nerkowe świecące, znacznie zwiększone. Ciałka wypocinowe nieco zwiększone. Wybitnych wałeczków nie znaleziono.

2/7. Od wczoraj popołudnia mocz żółty, mętny. Żelatyna.

3/7. Mocz słomiasto-żółty.

4/7. Rano oddał chory mocz krwawy. W osadzie liczne ciałka czerwone. Żelatyna.

5/7. Mocz jasnożółty.

Chory opuszcza klinikę 14/7. Mocz pozostał jasny, żółty z śladem białka.

Jeśli ten przypadek w całym swoim zmiennym obrazie nieco obszerniej przedstawiłem, to stało się to dlatego, że dowodzi on słusznie, jak łatwo można wyciągać fałszywe wnioski. Byłoby może i tu to się zdarzyło, gdyby okres jasnożółtego bezkrwawego moczu przypadkowo nastąpił po wstrzyknięciu, a chory w tym czasie klinikę opuścił. O przypadku takim, prawie zupełnie podobnym, wspomina Sargo. Zarówno z tym autorem nie mogliśmy stwierdzić szkodliwego wpływu wstrzykiwań na nerki, chociaż tu używaliśmy 4%, a nawet 6% rozczynu żelatyny. Podobnież tak silny rozczyn żelatyny nie oddziałał szkodliwie na miejscowe objawy odczynu, albowiem bolesność była taka sama, jak w innych przypadkach, a przy zupełnym braku miejscowego odczynu, ciepłota dość umiarkowana (38·9). W tym przypadku musimy skutki działania żelatyny uważać za ujemne.

Przypadek VII. *M. K.* 22 lat. Z wywiadów ważnem jest to, że chora 18/2 po poprzednim silnym kaszlu dostała krwotoku, przyczem miała oddać koło 1½ szklanki krwi; 21/2. wieczorem powtórny krwotok, po raz trzeci w nocy z 21 na 22/2.

Stan chorej w chwili przyjęcia dość podupadły.

Rozpoznanie: *Haemoptoë in indiv. cum infiltratione apicis utriusque.*

23/3. Plwocina bezustannie krwawa. Wieczorem wśród kaszlu krwotok, odpluta krew w ilości 100 grm. Badanie krwi wykazuje: liczba c. białych = 7.500, c. czerwonych 5.00,000, Fleischl = 68%.

24/2. Wstrzyknięto 2% rozczyn żelatyny, 160 grm. w lewą łydkę o godz. 11 rano. Wśród lekkich dreszczów ciepłota zaczęła się podnosić, a o 6 dosięgła szczytu 39·2°.

25/2. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, jednak bardzo bolesne. W plwocinie gdzieniegdzie strzępki krwi. Ciepłota rano 38·2, o 4 popołudniu spadła do 37.6, aby wieczorem podnieść się do 38·3°.

26/2. Przedmiotowo stan chorej lepszy. Podmiotowo również stwierdzić można poprawę, bo plwocina wcale krwi nie zawiera. Ciepłota ciała ciągle jeszcze lekko podniesiona.

27/2. Ciepłota prawidłowa. Stan ten sam.

Chora opuszcza klinikę 21/3. Plwocina pozostała stale bez domieszki krwi.

Przypadek VIII. *O. M.* lat. 24. 18/6. 1901. r. przyjęto chorą do kliniki. Bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do kliniki był krwotok płucny, który dnia poprzedniego wśród kaszlu wystąpił. Badanie stanu płuc okazuje obustronne przytłumienia szczytowe, przysłuchem stwierdzono w obu szczytach drobnobańkowe rzężenia. Chora niedokrewna, ciepłota ciała wieczorem lekko podwyższona.

Plwocina nieco krwisto zabarwiona.

Rozpoznanie: *Infiltratio apicis utriusque. Haemoptoë.*

19/6. Wieczorem dnia poprzedniego silny krwotok płucny. Powtórny krwotok nad ranem. Kaszel nader silny ledwo dający się złagodzić lekami. Badanie krwi wykazuje: Ciałek białych 18000, c. czernych 2.200,000 Fleischl = 55.

20/6. Wstrzyknięto 180 grm. 2% rozczynu żelatyny w okolicę brzucha o godz. 5 popoł. Najwyższa ciepłota wieczorna 38°. W nocy nowy napad kaszlu z obfitem odkrztuszaniem krwi. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

21/6. Stan gorączkowy. Ciepłota 39·4, wieczorem poczyna spadać. Plwocina lekko krwią zabarwiona.

22/6. Chora lekko gorączkuje (37·5). Od czasu do czasu w plwocinie pojawiają się skrzepy krwi.

23/6. Stan bezgorączkowy. Kaszel uśmierzony. Plwocina bez krwi.

24/6. Stan ten sam.

Chora na własne żądanie opuszcza klinikę 3/7. Plwocina bez krwi.

Przypadek IX. *K. K.* 52 lat Rozpoznanie: *Haemoptoë in individuo cum tbc. laryngis et induratione apicum, cavernae apicis sin. Atheroma aortae.*

4/3. Wieczorem dnia poprzedniego dostała chora gwałtownego napadu kaszlu, przyczem odkrztusiła większą ilość krwi. Chora gorączkuje. Wieczorem 39·3. Stolec czarny. Mocz wysycony.

5/3. Plwocina z mniejszą domieszką krwi. Ciepłota wieczorem 39°.

6/3 Wśród kaszlu odkrztusiła znowu większą ilość krwi.

8/3. W plwocinie mała domieszka krwi.

11/3. Znowu znaczna ilość odkrztuszonej krwi

12/3 Kaszel silny, plwocina mało krwawa, wieczorem lekka gorączka.

16/3 W plwocinie większa ilość krwi.

Wstrzyknięto w prawe udo 150 grm 2% rozczynu żelatyny. W 5 godzin potem ciepłota 39°.

17/3 Chora gorączkuje. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, udo bolesne.

18/3. Plwocina krwawa. Najwyższa gorączka 38°.

20/3 Chora uczuwa ciągle ból w udzie prawem. Stan podmiotowy lepszy. Plwocina bez krwi. Ciepłota wieczorna 37·5.

22/3. Bólów niema. Stan ten sam.

24/3. Wieczorem silny krwotok płucny.

25/3. Plwocina krwawa. Wielkie osłabienie.

26/3. Nad ranem ponowny krwotok. Wieczorem śmierć.

Wyciąg z rozpoznania sekcyjnego:

Stenosis tuberculosa laryngis e tuberculosi chronica fibrosa chordarum vocalium. Tbc. chronica fibrosa indurativa apicum. Destructio recens caseosa ac cavernae apicis sinistri. Arrosio arteriae pulmonalis (aneurysma parasitarium tuberculosum) subsequ. haemorrhag. grav. Atheroma aortae etc.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego:

Miąższ lewego szczytu płuca silnie zbity, opłucna nad nim zgrubiała. Na przekroju: wśród szarołupkowej zbitej tkanki łącznej, w której widać gruzełki i kilka jam komunikujących ze sobą, ściany i brzegi tych jam są serowate, strzępiaste, j e d n a z t y c h j a m k s z t a ł t u o k r ą g ł e g o w y s ł a n a u w a r s t w i o n y m p r z y l e g a j ą c y m d o ś c i a n y s k r z e p e m.

Skutek w tym przypadku był ujemny i niemożliwy z powodu nadżarcia tętnicy płucnej. Uwagi godnym w każdym razie jest uwarstwiony skrzep krwi wypełniający jamę. (I okończenie nastąpi)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A l f r e d S o k o ł o w s k i **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.** (Warszawa 1902).

I. Choroby tchawicy i oskrzeli.

Dzieło powyższe, obejmujące przeszło 22 arkuszy druku, napisane na podstawie ćwierćwiekowego doświadczenia przez znanego pracownika w zakresie chorób dróg oddechowych, a wypełniające jeden z tak ważnych braków w polskiem piśmiennictwie lekarskiem, powitać musimy z prawdziwą radością, a to tem więcej, że odpowiada ono zadaniu swemu w zupełności i może służyć rzeczywiście lekarzowi za drogowskaz w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oskrzeli. W całem opracowaniu dzieła znać, że je pisze lekarz, stojący na wysokości nauki i znający najnowsze jej nabytki, ale zarazem i lekarz, mający bogate własne doświadczenie, który opierając się na niem umie w krytycznem świetle przedstawić zdobycze wiedzy z czasów ostatnich. Przedstawienie rzeczy odpowiada lekarzowi praktycznemu, tj. t. z. „internniście“, skutkiem czego tchawica zatraca swój indywidualizm w obec oskrzeli; autor wspomina wprawdzie i o metodach badania tchawicy samej, nie rozwodzi się jednak nad uzyskanymi na tej drodze obrazami, równie jak i nad zabiegami chirurgicznymi w tchawicy, zadawalniając się pobieżną tylko o nich wzmianką. Dzieło rozpoczyna się od opisu ostrych i przewlekłych zapaleń ozkrzeli, przy których i tchawica jest objęta. W rozdziale I-szym przedstawia autor etyologię nieżytów oskrzeli, uwzględniając szczegółowo zaziębienie, względnie działanie pod jego wpływem prątków chorobotwórczych; podaje następnie choroby ostre zakaźne, którym nieżyt oskrzeli zwykł towarzyszyć, jak zwłaszcza odra, grypa, krztusiec i td. Tutaj uderza, że według autora nieżyt oskrzeli ostry występuje w durze, szczególnie brzusznym, „przeważnie w okresach późniejszych choroby“, pod wpływem „osłabionej działalności serca“; niemógłbym się na to zgodzić, uważając nieżyt ozkrzeli za jeden z objawów, należących do całości obrazu duru, tak brzusznego, jak i osutkowego, a występujący, jak wreszcie i sam autor później wspomina, także i w początkach choroby. Po omówieniu innych przyczyn i przedstawieniu podziału nieżytów oskrzeli, głównie według B i e r m e r a, opisuje autor zmiany anatomiczno-patologiczne, towarzyszące nieżytowi oskrzeli. Rozdział II. poświęcony jest symptomatologii i dyagnostyce nieżytów oskrzeli. Tu autor omawia ze stanowiska klinicznego kaszel, plwocinę, duszność, objawy przysłuchowe, uczucia podmiotowe i objawy ogólne, jak zwłaszcza podniesienie ciepłoty, poczem bardzo dokładnie przedstawia zasady dyagnostyki nieżytu oskrzeli i odróżnienia go od innych spraw chorobowych. W rozdziale III. kreśli autor obrazy kliniczne różnych form nieżytu ostrego *(trachobronchitis simplex, bronchitis acuta diffusa, bronchitis capillaris)*, a omówiwszy następnie nieżyt przewlekły w ogóle, przedstawia i jego odmiany *(bronchitis simplex, br. sicca, bronchoblennorrhoea, br. scrosa)*. *„Bronchite asthmatique“* nie uważa za nieżyt, lecz za krótkotrwałą hipersekrecyę po napadach dychawicy (astmy); dłużej zaś po nich trwające pogorszenia suchego nieżytu oskrzeli odnosi do już wytworzonej rozedmy płuc. W końcu omawia nieżyt przewlekły, ograniczony na samą tchawicę, uwzględniając zwłaszcza t. z. *ozaena tracheae* (tracheitis sicca foetida). W rozdziale IV. i V. spotykamy właściwości nieżytów oskrzelowych, towarzyszących chorobom zakaźnym, jak grypa, odra, zimnica, lub ogólnym, jak skaza moczanowa, (której związek z nieżytami suchymi autor przypuszcza), albo powstałym na tle zaburzeń krążenia, lub chorób nerek. Dalej idą obrazy nieżytów u małych dzieci i u starców, a potem nieżytu cuchnącego *(bronchitis putrida)*, z uwzględnieniem możliwego pomieszania tej formy z rozszerzeniem oskrzeli; kończy zaś rozdział rokowanie w nieżycie w różnym wieku i w różnych warunkach. Oba te rozdziały mogą się wydać zbyteczne; ja sądzę jednak, że dla lekarza praktycznego są one raczej bardzo pożądane, podają mu bowiem właśnie to, co nie tak łatwo mógł wynieść ze szkoły. Rozdział VI. i VII. poświęcony jest terapii nieżytów oskrzeli, przyczem i profilaktyka wyczerpująco jest przedstawiona. Po niej omawia autor leczenie wogóle, tj. leczenie zgęszczonem powietrzem, (któremu nie odmawia skuteczności bezwarunkowo), leczenie wziewaniami, w zakładach wodoleczniczych i kąpielowych, wreszcie środki farmakodynamiczne; w końcu przedstawia leczenie w różnych formach nieżytu. Rozdział VIII. poświęcony zapaleniu dławcowemu oskrzeli, naprzód samoistnemu, którego opis urozmaicony przypadkami z własnej praktyki autora, potem następowemu, tj. powstającemu w przebiegu błonicy i dławcowego zapalenia płuc. Zapalenie dławcowe oskrzeli na tle błoniczem uwzględnia autor jakby tylko mimochodem, a ztąd przedstawia je pobieżnie i niedokładnie, zwłaszcza pod względem dyagnostycznym; słusznie twierdzi przytem, że dziś wobec surowicy przeciwbłoniczej jest ono rzadkiem. Rozdział IX. traktuje o zapaleniach okołooskrzelowych *(peribronchitis)*, ropnem i rozrostowem, poczem przedstawia autor sprawy gruźlicze oskrzeli, podając na wstępie bardzo dokładny opis zmian anatomiczno-patologicznych według Przewoskiego. Autor przypuszcza, że w niektórych przypadkach nieżytów szczytowych ustępujących później, w których przez cały czas ich trwania zmiany w miąższu płucnym nie dały się wybadać, gruźlica może być istotnie ograniczoną tylko do drobnych oskrzeli. Rozdział X. obejmuje zmiany kiłowe w tchawicy i oskrzelach; tu autor przytacza z własnej praktyki dwa przypadki, z których zwłaszcza jeden, z powodu dokonanej nekroskopii jest bardzo pouczający. W rozdziale XI. opisuje twardziel[1]), promienicę i nosaciznę w krótkości omówione. Rozdział XII. omawia kamicę oskrzelową, a następnie ciała obce w tchawicy i oskrzelach. Tu muszę się sprzeciwić autorowi który każe przystępować do wydobycia ciała obcego „jeżeli w ciągu dni kilku do tygodnia po dokonanem przecięciu tchawicy ciało obce nie zostało wydalone“. Mojem zdaniem przystąpić należy od razu do wyjęcia ciała obcego przez otwór w tchawicy. Nie uważam też za odpowiednie wybadywanie ciała obcego za pomocą sondowania, które autor poleca, gdy można za pomocą podanej przezemnie tracheoskopii, (o której autor na innem miejscu dopiero wspomina) w większej ilości

[1]) Autor podnosi wielką rzadkość twardzieli w oskrzelach, a przytem przytacza przypadek opisany przez Baurowicza. Jest to, jak w tytule zaznaczono, przypadek z mego oddziału; w nim poraz pierwszy podjąłem sam operacyjne krwawe zabiegi w oskrzelach i podejmowałem je potem wiele razy, a później dopiero powierzałem je Baurowiczowi, który był wówczas moim asystentem. Podnoszę to, gdyż wogóle jest to pierwszy przypadek, w którym krwawe zabiegi w oskrzelach były podejmowane.

przypadków w prost widzieć i pod kontrolą wzroku uchwycić ciało obce, a w przypadkach, w którychby tracheoskopia nie wystarczyła, użyć jeszcze można ze skutkiem dolnej bronchoskopii Killiana. W pracy mojej, którą autor cytuje, przytaczam przypadek, w którym długo bezskutecznie próbowałem wyciągnąć na ślepo kaniulę tkwiącą w prawem oskrzelu, gdy po założeniu mego lejka tchawiczego wyjąłem ją pod kontrolą wzroku odrazu z łatwością. W końcu rozdziału wylicza autor drobnoustroje chorobowe oskrzeli, przytaczając jeden przypadek z własnej praktyki. W rozdziele XIII. omawia nowotwory, głównie złośliwe, oskrzeli, przytaczając jeden przypadek raka oskrzeli z własnej praktyki, a następnie w krótkości nowotwory samej tchawicy na podstawie zestawienia Brunsa w zbiorowem dziele Heymanna. W rozdziale XIV spotykamy wyczerpujący opis rozszerzenia oskrzeli, tak pod względem etyologicznym i anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym. Rozdział XV traktuje o zwężeniach tchawicy i oskrzeli, pochodzących tak z ugniecenia od zewnątrz, jak i z spraw chorobowych w nich samych; te ostatnie autor tylko wymienia, powołując się na rozdziały poprzednie. Co do leczenia, to niewłaściwie wspomina tu autor laryngofisurę, która jedynie w zwężeniach krtani lub na jej dolnej granicy może być potrzebną; nie mówi natomiast nic o tracheoskopijnych zabiegach operacyjnych w tchawicy po tracheotomii, polegających na usuwaniu tworów zwężających ostremi narzędziami pod kontrolą wzroku, których od szeregu lat w odpowiednich zwężeniach tchawicy używam [2]. W tym samym rozdziale spotykamy dalej opisane w krótkości urazy, rany, pęknięcia tchawicy lub oskrzeli, oraz przebicia ich od zewnątrz skutkiem spraw chorobowych w ich sąsiedztwie, jak w śródpiersiu, w opłucnej, ze strony połyku, lub przez tętniak. Następują uchyłki tchawicy, przedstawione podług Przewoskiego. Rozdział XVI obejmuje dychawicę (astmę), którą autor uważa za czystą nerwicę. Teorye o przyczynach astmy są bardzo dokładnie przedstawione; skuteczność leczenia chorób nosa na dychawicę stwierdza autor rzadko. Rozbierając przypadki, mogące dawać powód do pomieszania z dychawicą, wymienia porażenie rozwieraczy głośni u histeryczek; w przypadkach tych ja przyjmowałbym raczej skurcz inspiracyjny zwieraczy. Co do istoty napadów dychawiczych, autor głównie przyjmuje skurcz drobnych oskrzeli. Kończy rozdział dychawica letnia, czyli sienna. Ostatni t. j. XVIII rozdział traktuje o krztuścu, w którym wydaje mi się okres I. (kilka dni do dwóch tygodni), jako zbyt krótko obliczony; także mojem zdaniem zbyt wielkie znaczenie przypisuje autor obrzmieniu tylnej ściany krtani, które według mego doświadczenia nie bywa tak znaczne, bym mógł do niego odnosić wymioty po napadzie kaszlu, dla których w ciągłych ruchach, jakie krtań a z nią korzeń języka i sąsiednie części połyku wykonują, znajduję powód dostateczny; są to moje osobiste zapatrywania. Cały ten rozdział opracowany jest również gruntownie, jak wszystkie, które autor ze stanowiska internisty, jako ważne dla lekarza praktycznego przedstawia.

Niedokładności pewne, które powyżej podniosłem, odnoszą się głównie do tchawicy z punktu widzenia tracheoskopijnego badania i chirurgicznego leczenia; pochodzą one ztąd, że autor, pisząc dla internistów, z umysłu pomija części chirurgiczne, wspominając o nich tylko wogóle, podobnie jak i o specyalnych metodach badania, które już osobno obrobił, jako „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ w dziele Biegańskiego: „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“. Odnośnie też do zamierzonego celu dzieła braki te żadnej ujmy mu nie czynią; pozostanie ono zawsze cennym poradnikiem dla lekarza zajmującego się chorobami wewnętrznemi, który przytem dowie się z niego choć w najogólniejszym zarysie i o różnych zabiegach, podejmowanych w tchawicy i oskrzelach, a zarazem i o chorobach tchawicy i oskrzeli, któreby można poniekąd chorobami chirurgicznemi nazwać. *Prof. P. Pieniążek.*

[2]) Ogłoszone przezemnie w *Arch. f. Laryng.* 1896. i w *Heymanns Hanb.*, a przez Baurowicza kilkakrotnie w »Sprawozdaniach« z mego oddziału w *Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng.* i *Arch. f. Laryng.*). Przez moje dilatatory do tchawicy zapewne rozumie autor długie giętkie kaniule, których przy zwężeniach tchawicy używam. Tu jeszcze dodać muszę, że w przytoczonym przez autora z mej pracy ustępie wyraz »gardziel« odpowiada »*oesophagus*«, czyli jak to przyjęte jest w Warszawie, a obecnie i u nas się przyjmuje, wyraz »połyk« lub »przełyk«; u nas dotąd używano tych wyrazów wprost odwrotnie t. j. »połyk«-»*pharynx*«; »gardziel«-»*oesophagus*«.

V. Wyciągi.

Vernay (Wiedeń), Barbier (Lyon), Destarac (Tuluza). **O leczeniu pląsowicy Sydenhama i** *paramyoclonus multiplex*. (*Archives d' Electricite médicale*). Autorowie opisują przypadki, dające się zaliczyć do ogólnego typu „paramyoclonus“, wyleczone lub znacznie złagodzone pod wpływem hidroterapii, kąpieli statycznych i arsenu; nie było w tych przypadkach ani znamion histerycznych, ani bezgłosu, bezmoczu lub zmian w czuciu. Natomiast ostrzegają autorowie lekarzy przed stosowaniem środków podrażniających, jak kąpiele faradyczne, Mortona, „aigrettey“ itp., zwłaszcza w tych chorobach, w etyologii których rolę odegrało wstrząśnienie, uraz, przestrach, zmęczenie itd. (O ile ref. wiadomo, zupełnie podobne zdanie wygłosili, niezależnie od powyższych prac, co do hidroterapii Bérillon we Francyi i Nikolsky na Kaukazie, a co do wyboru metod elektroterapeutycznych, Weil, Clauss, a przedewszystkiem Luzenberger w najnowszem klasycznem dziele o elektryczności statycznej). *Dr. Zanietowski.* (Kr. kl. l.).

Abel. **Przypadek krwisteku macicznego w prawym zarośniętym rogu macicznym macicy podwójnej z krwistekiem trąbki.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 51). W przypadku opisanym przez autora krwistek powstał w zarośniętym rogu prawym macicy podwójnej i w trąbce tejże strony. Powiększony skutkiem tego róg prawy macicy wielkością był równy ciąży dwumiesięcznej, trąbka zaś wypełniona krwistekiem była wielkości głowy noworodka. Czas, potrzebny do powstania tych rozmiarów krwisteku, był blizko lat ośm, od tylu bowiem lat osoba ta miała skąpe bardzo bolesne krwawienia miesięczne. W celu usunięcia krwisteku autor wykonał celiotomię, którą bardzo w przypadkach tych poleca. Wyciągnąwszy macicę przed szparę sromową, z łatwością oddzielił róg prawy macicy i trąbkę, nie naruszając strony drugiej, poczem macica, wszyta w swoje miejsce, zupełnie dobrze się wgoiła. *P.*

Unverricht. **Doświadczenia nad odmą piersiową i jej leczeniem.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 32). Nauka o odmie piersiowej jest wyłączną zasługą XIX wieku. Francuz Itard pierwszy w początku zeszłego stulecia opisał pięć przypadków odmy piersiowej i stworzył wyraz „pneumothorax“. Doświadczenia na zwierzętach mają szczególne znaczenie dla tej choroby i dostarczają zasób wiadomości, do których spostrzeganie empiryczne doszłoby dopiero drogą trudniejszą i uciążliwszą. Dawniej uważano każdy pęcherzyk powietrza, który się dostał do jamy opłucnowej, za zabójczy, i mniemano, że powietrze wywołuje zapalenie i odmę z otokiem ropnym. Dopiero Wintrich obalił to mniemanie na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach: niedokończone doświadczenia Wintricha wznowił i uzupełnił autor ze swoimi uczniami. Wpuszczali oni do jamy opłucnowej psów tlen, azot, kwas węglowy i powietrze i pokazało się, że znaczne ilości tlenu, kwasu węglowego i powietrza zostały w 24 godzinach prawie zupełnie wessane; wessanie azotu nastąpiło nieco powolniej, lecz również bez jakiegokolwiek odczynu. Jeżeli przedtem sztucznie wywołano zapalenie opłucnej zapomocą roztworu azotanu srebrowego, to gazy zostały wprawdzie nieco powolniej, lecz zawsze zupełnie wessane. A zatem przyczyny trudnego wyleczenia odmy piersiowej, szczególnie u suchotników, muszą być innego rodzaju, a mianowicie sama przetoka płucna, która powstała z rozpadającej obumarłej tkanki, nie jest skłonną do zabliźniania się i mimo że powietrze coraz się zmniejsza, nowe powietrze wchodzi natychmiast przy głębszych wdechach przez otwartą przetokę do jamy opłucnowej.

Autor omawia doświadczenia co do zmian w oddechaniu i krążeniu wobec różnych postaci odmy piersiowej. Te ostatnie wskazują na znacznie większą szkodę, jaką odma zastawkowa odpowiednio do silnego ciśnienia śródopłucnowego wywrzeć musi i nasuwają wniosek, że już wiele dla zaburzeń w krążeniu działać można, jeżeli zmienimy zastawkową odmę piersiową na otwartą. Z tych do-

świadczeń widzimy, jak szkodliwe są niektóre nowsze pomysły dla leczenia odmy piersiowej, n. p. włożenie do piersi trójgrańca z wentylem, albo leczenie gruźliczej odmy piersiowej metodą Bülaua, jak w otoku. W praktyce prawie wyłącznie mamy do czynienia z odmą zastawkową, bo warunki dla powstania odmy otwartej, wielka przetoka z brzegami stężałymi i wolna komunikacya z większym oskrzelem, rzadko razem się trafiają, tak samo tylko wyjątkowo powstaje odma zamknięta, bo rozpadła zserowaciała rana opłucnej bardzo trudno się goi. U chorego z odmą zastawkową wessanie powietrza do klatki piersiowej będzie tem obfitsze, im silniejsze są wdechy, a zatem najwięcej z początku. Jeżeli zaś pewna ilość powietrza dostała się już do jamy piersiowej, wtedy ruchy oddechowe są tylko powierzchowne i wessanie powietrza z płuca nie nastąpi. Jednak w okresie powstania odmy piersiowej chory cierpi na gwałtowny kaszel, przez co powstają silne ruchy oddechowe, które napełniają jamę piersiową w nadmiar powietrzem. Powietrze przy wydechu nie może więcej znikać i w ten sposób ciśnienie znacznie się wzmaga. Im silniejsze więc będą wdechy po pęknięciu opłucnej, tem wyższe stopnie przyjmie odma piersiowa i tem większe będzie niebezpieczeństwo dla życia chorego. To też według zestawienia Westa w znacznym odsetku przypadków zejście śmiertelne następuje już w pierwszych 24 godzinach; 60% umiera w pierwszym miesiącu. Dlatego musimy się starać, by wszelkimi możliwymi środkami zmniejszyć żywość ruchów oddechowych, a szczególnie by usunąć kaszel. Do tego w pierwszym rzędzie służy morfina.

Ponieważ te przypadki są najcięższe, w których ruchy oddechowe są największe, będą zatem młode osobniki z obszerną i elastyczną klatką piersiową najwięcej zagrożone i autor sądzi, że właśnie wśród tych szukać należy znacznej ilości przypadków, które w pierwszych 24 godzinach skończyły się śmiercią. Tworzą one postać odmy piersiowej o szybkim przebiegu, które autor oznaczył nazwą „pneumothorax acutissimus". Szczęściem jednak poprzedzają powstanie odmy piersiowej mniej lub więcej rozległe zrosty blaszek opłucnowych, uśmierzające gwałtowny przebieg i dlatego tylko rzadko znachodzimy odmę piersiową ogólną, lecz prawie wyłącznie częściową, wobec której mniejsza lub większa część płuca nie ulega zupełnemu zapadnięciu. Im rozleglejsze są zrosty, tem mniejsze są skutki mechaniczne odmy piersiowej i dlatego niezbyt rzadko przypadkowo tylko znachodzimy odmę piersiową przy sekcyach suchotników, którzy za życia doznali tylko nieco silnej duszności.

Według autora największa liczba przypadków śmierci z powodów mechanicznych da się uniknąć przez wytworzenie otwartej odmy piersiowej zapomocą przetoki, która usuwa nadmierne ciśnienie w jamie piersiowej. Skutek tej operacyi jest zupełnie odmiennym od praktykowanego już dawniej prostego rozcięcia; bo przez otwartą przetokę powietrze podczas wdechu wstępuje i podczas wydechu ustępuje tak, że w jamie opłucnowej panuje prawie ciągle ciśnienie atmosferyczne. Płuco zaś samo nie bierze prawie udziału w ruchach oddechowych, jak to widzimy w doświadczeniach na zwierzętach z otwartą przetoką piersiową. Przetoka w płucu nie otwiera się zatem ciągle przy oddechaniu i może się łatwiej zabliźnić, jeżeli wogóle ma skłonność do wygojenia się. Punkcye powietrza zaś nie mają żadnej wartości, bo zaledwie lekarz opuści chorego, to duszność na nowo się zaczyna i chory znów walczy ze śmiercią.

Autor leczył według swego pomysłu dwie odmy piersiowe gruźlicze i jedną chirurgiczną; z tych pierwszy przypadek został w bardzo krótkim czasie wyleczony, w drugim przypadku operacya usunęła objawy zatrważające, chorego wyratowano od śmierci z uduszenia i nastąpiło względne polepszenie, lecz chory uległ potem gruźlicy. Trzeci przypadek dotyczył młodego osobnika, który przez ukłócie nożem otrzymał szeroką ranę w klatce piersiowej, lecz oprócz tego musiała być zastawkowa przetoka w płucu, bo skoro założono szczelnie zamykający opatrunek, występowały zatrważające objawy zastawkowej odmy piersiowej, jak w „pneumothorax acutissimus". Kiedy jednak zaniechano szczelnego zamykania rany, zniknęły natychmiast ciężkie objawy i bez jakiejkolwiek przerwy nastąpiło zupełne wyleczenie. Oczywiście, że zastarzałych przypadków odmy piersiowej ze znacznym otokiem lepiej nie tykać wcale. Lecz naglące wskazanie do operacyi tworzą przypadki, w których występują bardzo gwałtowne objawy duszności. U. spodziewa się w przyszłości dalszych polepszeń i rozszerzenia wskazań do swej metody. Wykonanie operacyi polega na rozcięciu przestworu międzyżebrowego, w ranę wprowadza się możliwie szeroki dren; na zewnętrzny jego koniec nasadza się koszyczek druciany i na to opatrunek tak, by nietylko wydzielina mogła się do niego sączyć, ale i powietrze miało wolny przystęp do zewnętrznego otworu drenu. Cienka warstwa gazy nie utrudni przystępu powietrza. *Dr. Fels.*

Kellner. **O obojnactwie bocznem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 1). Chory, obserwowany przez K., zmarł na dur, co dało sposobność dokładnie zbadać i jego wewnętrzne narządy płciowe. Zewnętrznie przedstawiał dobrze rozwinięte sutki z całą budową gruczołu mlecznego. Prącie bez przewodu z obok umieszczonem jądrem znajdowało się po stronie prawej; po lewej warga sromowa, nieco niżej prącia ujście cewki moczowej. Z narządów wewnętrznych macica, trąbka i ponad nią leżący jajnik, wewnątrz którego znajdowały się ciałka żółte. Budowa całego ustroju zbliżona więcej do budowy kobiecej; brak owłosienia twarzy, chociaż osobnik ten liczył już lat 22. *P.*

Docent Dr. Hajek. **O operacyach doszczętnych i ich wskazaniach w przewlekłym otoku ropnym jamy szczękowej.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 4, 1902). Metoda autora polega na następującym zabiegu: na chorym zachloroformowanym i leżącym na boku po odciągnięciu wargi górnej i policzka przecina się błonę śluzową i okostnę począwszy od drugiego siekacza aż do drugiego zęba trzonowego; przez zeskrobanie błony śluzowej odsłania się *fossa canina* i przebija ścianę kostną dłutkiem i młotkiem ku tyłowi aż do guzowatości szczęki górnej, ku przodowi zaś do kości nosowej i ku dołowi aż do dna jamy szczękowej. Po osuszeniu jamy należy przy dobrem oświetleniu dokładnie wyskrobać ostrą łyżeczką schorzałe miejsca błony śluzowej, wyścielającej jamę i usunąć zapomocą dłuta płaskiego dolną część ściany nosowej, t. j. boczną ścianę dolnego przewodu nosowego. Pozostającą błonę śluzową na ścianie bocznej dolnego przewodu odcina się na górnym jej brzegu od muszli dolnej zapomocą długiego cięcia poziomego, na którego końcach przednim i tylnym przecina się znowu pionowo tę samą błonę z góry na dół. Otrzymany w ten sposób płatek błony śluzowej z wolnym brzegiem górnym przykłada się na wyskrobane dno jamy szczękowej. Teraz odcina się boczny brzeg muszli dolnej od bocznej ściany przewodu średniego przez cięcie poziome i resekuje średnią część tej muszli zapomocą kleszczyków i silnych nożyczek. Po wytamponowaniu jamy szczękowej gazą jodoformową wyprowadza się jeden jej koniec przez nos i zaszywa szczelnie rany na policzku. Po 8—12 dniach usuwa się gazę jodoformową; w następnych 14 dniach wdmuchuje się proszek jodoformowy 2—3 razy dziennie przez przewód dolny noowy do jamy szczękowej i zostawia się chorego w spokoju.

Metoda ta ma tę zaletę, że nie zostawia otworka w jamie ustnej, unika wszelkich z tem połączonych niedogodności i czyni zbytecznemi wszelkie protezy, jakoteż leczenie pooperacyjne, co szczególnie ma wielkie znaczenie dla ludności biednej. Wyniki dotychczas otrzymane zapomocą tej metody okazały się lepszymi od wyników metod, dawniej używanych. Operacya doszczętna jest wskazaną w przypadkach przewlekłego otoku jamy szczękowej, jeśli leczenie zachowawcze, długi czas stosowane, nie doprowadza do trwałego wyleczenia, jak również i tam, gdzie chorzy z góry przenoszą pewny zabieg doszczętny nad niepewnem długotrwałem leczeniem zachowawczem. *Dr. Spira.*

Wróblewski (Warszawa). **Resekcya muszli dolnej.** (*Gazeta lekarska* Nr. 49, 1901). Od kilku lat W. posługuje się przy operacyi przerostu muszli dolnej nożyczkami Heymanna, rzadziej Schoetza. Po znieczuleniu wnętrza nosa 10%-ową kokainą, prawidłowa błona śluzowa kurczy się i przylega do kości, a wypuklające się wtedy wszystkie tkanki przerosłe należy odcinać. Przy przerostach większych nie radzi autor nigdy odcinać muszli w całej jej długości sposobem Kuttnera, lecz zostawia ją zawsze na kawałku tkanki i następnie wyciąga zapomocą pętli zimnej lub galwanokaustycznej, zależnie od grubości i odporności pozostałego mostka. Całkowicie bowiem odcięta muszla może spaść do gardziela i krtani i wywołać napad zaduszenia, jak to autor raz zauważył po mimowolnem odcięciu olbrzymio przerosłej muszli do samego jej końca. Częściej widział W. przy tej operacyi zemdlenia, raz jeden tylko gwałtowny krwotok. Z wyjątkiem dwóch, czy trzech przypadków dotąd nie był nigdy zmuszony do tamponowania nosa. Rany pooperacyjne przysypuje obficie dermatolem, który sprzyja szybszemu krzepnięciu krwi i zawsze w krótkim czasie krwawienie ustaje; potem zaleca W. leżenie w łóżku w ciągu całej doby i nie wycieranie nosa. Metody tej nie może uważać za przykrą, gdyż stosował ją wielokrotnie u małych dzieci bez żadnego z ich strony oporu. Septycznych ani innych powikłań, lub nieprzyjemnych skutków ubocznych, autor po tej operacyi nigdy nie widział. Równocześnie istniejące powiększone muszle średnie, albo listwę na przegrodzie nosa, stara się usunąć jednocześnie z muszlą dolną. *Spira.*

Bychowski (Warszawa). **Dokładna i czuła próba na białko.** (*Medic. Blätter* Nr. 7, 1902). Po nalaniu do probówki lub do innego przeźroczystego naczynia ciepłej wody, dodaje się kroplę moczu, który, jeżeli zawiera bodaj ślad białka, to natychmiast wywoła opalizujące zmętnienie, podobne zupełnie do dymu z cygara.

Próba ta jest tylko odmianą próby gotowania, jest o wiele od tej czulszą, a polega na przeciwieństwie barw między bezbarwną wodą a opalizującem zmętnieniem białka. Odczyn ten widać dokładniej, jeżeli próbówkę trzymamy przed czarnem tłem. Próba ta oczywiście może być użytą do rozbiorów analitycznych, nadaje się jednak dobrze tam, gdzie lekarz ma nieraz do badania zaledwo kilka kropli moczu, lub niema z sobą przy łóżku chorego odpowiednich odczynników do rozbioru chemicznego. *Dr. A. Dobrowolski* (Grybów).

Schaeffer. **Postępowanie przy poronieniu.** (*Klinisch-therap. Wochs.* 1901, Nr. 50). Autor przeprowadził dokładne spostrzeżenia 156 przypadków poronienia, z których pewna część była leczona przez wyskrobanie. W przypadkach nieskrobanych daleko częściej występowały następnie zboczenia, jak obfite krwawienia miesiączkowe, często następowe poronienia, czasami nawet bezpłodność i różne zboczenia przy następnych porodach (łożysko przodujące, przyrośnięcie łożyska i atoniczne krwotoki). W przypadkach skrobanych przeważają obfite późniejsze krwawienia miesiączkowe, brak zaś zupełny zaburzeń przy następnych porodach. Poronienie jest najczęściej objawem jakiegoś stanu patologicznego, który po poronieniu jeszcze się potęguje, jeżeli nie zostanie należycie i energicznie leczony. Przyczyny, sprowadzające poronienie, zależą najczęściej od niedokładnego rozwoju macicy, zwiotczenia narządów w miednicy małej, zmian w miąższu i położeniu macicy, oraz w jajnikach, gruźlica, kiła i wreszcie szkodliwe wpływy zawodowe. Po poronieniu na oko nawet całkowitem dadzą się z jamy macicy wyskrobać strzępy pulchnej zgrubiałej doczesnej, które mogą sprowadzić później różne zboczenia macicy; dlatego zdaniem autora strzępki te powinny być albo zaraz, albo później, koniecznie wyskrobane. Objawy poronienia nieuniknionego pojawiające się przy następnych ciążach, mają być właśnie skutkiem pozostawienia zgrubiałej doczesnej po poronieniu. Takie następowe poronienie objawia się silnymi skurczami macicy i pochwy; wtenczas dobry skutek sprowadzają przetwory makowca. Przy zwykłem poronieniu, wywołanem przez zwiotczenie i rozwarcie szyjki, lepiej działać ma styptycyna i lekka tamponada pochwy. *P.*

Behring. **Wykład Behringa w Akademii Umiejętności w Sztokholmie.** (*Medic.-chirurgisches Centralblatt* 1902, Nr. 1). Terapia surowicza jest nowością i krokiem naprzód w sztuce lekarskiej. Leczenie błonicy zapomocą surowicy winno być rozumiane jako „terapia humoralna", a nie „celularna". Najdzielniejsze środki lecznicze skutkują w ten sposób, że czynią nieszkodliwymi czynniki wrogie zdrowiu, krążące we krwi. Surowica lecznicza nie ma żadnego wpływu na komórki ustrojów chorych lub zagrożonych chorobą. Działanie surowicy przeciwbłoniczej polega na wpływie antytoksycznym, gdy wartość szczepień Jennerowskich i Pasteurowskich polega na „izotoksynach". Przechodząc do sprawy stosowania izoterapii w walce z gruźlicą bydła, Behring zaznacza, że uodpornienie bydła daje się najlepiej uskutecznić przez bezpośrednie wstrzykiwanie względnie nieszkodliwych pochodnych pierwiastków prątków gruźliczych (Tuberkelbacillenstamm) do krwiobiegu, — zresztą w innych szczegółach według zasad podanych przez Pasteura dla uodporniania owiec przeciw wąglikowi. Gdy możliwość uodporniania bydła przeciwko gruźlicy została dowiedzioną przez doświadczenia w Marburgu, pozostaje jeszcze wyjaśnić drogą specyalnych poszukiwań, w jak krótkim przeciągu czasu, z jaką najmniejszą szkodą dla uodpornianego zwierzęcia i przy jakich najmniejszych kosztach da się w praktyce przeprowadzić zabezpieczenie bydła od gruźlicy, które, zdaniem Behringa, jest tylko etapem na drodze prowadzącej do zabezpieczenia ludzkości od gruźlicy. *Z. Czaplicki.*

Józef Pstrokoński. **Pierwotny mięsak żołądka.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Autor opisuje przypadek pierwotnego mięsaka żołądka, który w postaci rozlanego zgrubienia ściany zajął $^2/_3$ tego narządu. Mięsak o budowie okrągłokomórkowej wyszedł z tkanki podśluzowej żołądka, rozwijał się cztery lata, wreszcie spowodował śmierć pacyenta. Przerzutów nigdzie nie znaleziono. Prócz opisu własnego przypadku autor streszcza piśmiennictwo, traktujące o pierwotnych mięsakach żołądka. *Dr. Czaplicki.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7. lutego 1902.

Przewodniczący kol. A. Sołowij, obecnych członków 54.

Przewodn. zawiadamia o przyjęciu na członków koll. Wachnianina, Sawczyńskiego, Grubera, Litwinowicza O i Weinreba.

I. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a)* mężczyznę 44 l., cierpiącego od lat 4 na zmiany w skórze w postaci mięśniaków skóry (*myomata cutis*). Pierwszy guzek rozwinął się na łydce lewej i nie sprawiał żadnych dolegliwości. Po 2 latach zaczęły się rozwijać guzki dalsze rozmaitej wielkości, pokryte skórą prawidłową, przy ucisku niezbyt bolesne. Od roku jednak występują bóle napadowe, w ostatnich czasach prawie co godzina. Badanie mikroskopowe wyciętego guza wykazało mięśniaka skóry; Besnier był pierwszy, który opisał takie guzki, a potem Jadassohn i Hess. Prelegent przedtem spostrzegał taki przypadek u śpiewaka z Berna, który wskutek bólów napadowych musiał nieraz przerywać przedstawienie.

b) chorego z wilkiem nosa, wyleczonego przez wycięcie i wypalenie, obecnie leczonego zapomocą *empl. saponato-salicyl.* Przypadek ciekawy z tego względu, że chory zwiedził prawie wszystkie kliniki europejskie, a w Paryżu był demonstrowany przez Renaulta, jako niejasny, gdyż nie można było znaleźć prątków gruźliczych. Leczono go na kiłę i twardziel nosa.

Dyskusya: kol. Ziembicki zapytuje, czy ten przypadek nie okazywał jakichś cech szczególnych, gdyż trudno przypuścić, żeby w tylu rozmaitych klinikach nie rozpoznano zwykłego wilka nosa. Kol. Wehr zwraca uwagę na zupełnie zachowany szkielet nosa, co jego zdaniem wyklucza stanowczo kiłę. Kol Łukasiewicz odpowiada, że istotnie w tym przypadku trudność była ta, że wilk występuje najczęściej u dzieci, a u tego chorego rozpoczął się w 23. roku życia i to na błonie śluzowej skrzydełka nosowego, a wskutek rozmaitych prób leczenia powstały liczne twarde blizny, które mogły naprowadzić na przypuszczenie, że jest to twardziel nosa. Jednakże tak, jak chory przedstawił się Łuk., rozpoznanie było łatwe. Kol. Wehrowi odpowiada, że i kiłaki mogą się usadowić na skrzydełkach.

II. Kol. Rydygier: przedstawia *a)* chorego, u którego w r. 1898 wykonał *sectio mediana* i wydobył kamień z pęcherza. Z powodu nieustannych bólów zmuszony był w r. 1900 wykonać skruszenie kamienia. bóle jednak wciąż trwały. Ponieważ już w r. 1898 stwierdzono, że kamienie pochodzą z nerki, przystąpił w grudniu 1901 do nefrotomii. W dolnym biegunie nerki znaleziono jeden kamyk. Miedniczka i moczowód rozszerzone. Zgłębnikiem, wprowadzonym do moczowodu, stwierdzono kamienie tuż przed ujściem moczowodu do pęcherza. Wykonano zaotrzewnowo ureterotomię i wydobyto 2 kamienie. Moczowód zaszyto. Po operacyi wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej i niedrożność jelit. Wskutek tego rozpuszczono wszystkie szwy. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

b) chorego 38 l., u którego w następstwie rzeżączki nabytej przed 7 laty wytworzył się ropień okołocewkowy, a gdy ten pękł, powstała przetoka na międzykroczu. W celu wyleczenia tej przetoki chory udał się do Wiednia, gdzie wykonano operacyę plastyczną, mianowicie wycięto płatek skóry z sąsiedztwa i odwrócono powierzchnią naskórkową do światła cewki. W czasie tym wytworzyła się druga przetoka na części zwisającej prącia i zapalenie bł. śluzowej pęcherza. Przetoka na międzykroczu po długim czasie się wygoiła, ale wystąpiły gwałtowne bóle przy każdem oddawaniu moczu, a od czasu do czasu wydzielały się z cewki kłębki zbitych włosów. W miejscu pierwszej przetoki wytworzył się zaułek, w którym mocz się gromadził i przez drugą przetokę kroplami się wylewał. Dla usunięcia bólów chory wstrzykiwał morfinę i doprowadził do 1 grm. dziennie. Dla zatrzymania moczu przykurczał nogi tak, że obecnie ma stałe przykurczenia w obu stawach kolanowych; 17. l. przyjęto go do kliniki, Ryd. wykonał cięcie nadłonowe i wydobył kamień wielkości orzecha włoskiego, którego jądrem był kłębek włosów, poczem dodał jeszcze *sectio mediana* i z opisanego wyżej zaułka wydobył kamień płaski, wielkości orzecha laskowego, na przekroju zupełnie przerośnięty włosami. Na przeszczepionym płatku liczne włosy, inkrustowane solami moczowemi. Płatek ten wycięto. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

c) chorego, u którego przed 3-ma tygodniami wykonał odjęcie łopatki sposobem Olliera. Z łopatki pozostawiono tylko wyrostek kruczy i panewkę stawową. Funkcya kończyny zadowalniająca. Niedowład kciuka i palca wskazującego, który wystąpił po operacyi, obecnie ustępuje. Badanie mikroskopowe guza wykazało mięsakokostniaka.

Dyskuya: kol. Wehr dziękuje prelegentom za przedstawienie tak ciekawych przypadków.

III. Kol. Mars przedstawia chorą 35-letnią karaitkę, która w 1 r. życia spadła z wysokości i do 7 lat nie chodziła. Oprócz tego ma

objawy krzywicy. Wzrost 122 ctm. Miednica ścieśniona, *diameter spinalis* 22, *cristalis* 26, *distantia trochanterica* 26, *conjugata externa* 15, *conj. diagonalis* $8^1/_2$; 25 listopada zgłosiła się do kliniki, jako rodząca. Płód nadmiernie rozwinięty. Wykonano cięcie cesarskie, cięcie w dnie macicy poprzeczne. Przypadek ciekawy z tego względu, że chora wieczorem po operacyi wstała z łóżka, a w kilka dni później uczyniła znowu to samo. Przy zmianie opatrunku 12-go dnia znaleziono pod opatrunkiem wypadnięte pętle jelita, częściowo pokryte wypociną włóknikową, częścią żywoczerwono zabarwione. Jelit nie odprowadzono, lecz przykryto gazą jodoformową i założono kilka szwów na ściany brzuszne. Mimo to stan chorej był zupełnie dobry, ciepłota nie dosięgła ani razu 38° C. Dopiero w 5 tygodni po operacyi zachorowała wśród objawów następujących: bóle, gorączka, wymioty. Objawy te jednak po zwymiotowaniu znacznej ilości glist (*ascaris*) ustąpiły i obecnie chora z raną zupełnie zagojoną wraca do domu.

IV. Kol. Gluziński przestawia chorą 57 l., która podmiotowo ma się zupełnie dobrze i opuszcza klinikę z przybytkiem na wadze 12 kil. U chorej tej istnieją objawy niedomykalności zastawki trójdzielnej, jak wypełnienie i bardzo wyraźne tętnienie dodatnie żył szyjnych, powiększenie i tętnienie wątroby, lekki skurczowy szmer nad końcem mostka. Zmianę tę napotykamy najczęściej jako względną (*insuff. relativa*) przy zmianach w sercu lewem jużto w następstwie zmian w narządzie oddechowym. Żadnej z tych zmian u przedstawionej chorej niema i obraz też ogólny tej wysoko posuniętej niedomogi sercowej, nie odpowiada u tej kobiety dobrze wyglądającej, bez obrzęków na nogach i płynu w jamie brzusznej, z tętnem 66 na minutę, temu obrazowi, jaki widzimy przy względnej niedomykalności. Szukając przyczyny tych zjawisk, wspomina G. o rozprawce Marischlera, który opisał przypadek z podobnymi zupełnie objawami, wywołanymi przez ucisk tętniaka aorty na tętnicę płucną. W niniejszym przypadku i tej zmiany wykazać nie można, gdyż w przyp. Marischlera naparstnica wzmagała objawy, a w niniejszym przeciwnie polepszała stan chorej. Więc z konieczności nasuwa się myśl, że u tej chorej jest rzeczywista, pierwotna niedomykalność zastawki trójdzielnej i to albo wrodzona, albo nabyta. O wrodzonej zmianie u tej chorej, liczącej 57 lat, trudno mówić, raczej o nabytej, jako następstwie zapalenia osierdzia na zastawce trójdzielnej, tembardziej, że ta zmiana zdaje się być częstszą, niż to dotychczas sądzono. U tej chorej istnieją typowe znamiona przyrośnięcia i zrośnięcia serca z osierdziem, jako świadectwo przebytego zapalenia osierdzia, obok rozległych zrostów opłucnowych, zatem podobna sprawa mogła się odbyć i na zastawce trójdzielnej. Tem łatwiej to przypuścić, że u tej chorej istnieją wszystkie objawy niedomykalności przy zupełnem wyrównaniu.

Dyskusya: kol. Pisek przyznaje, że mamy tu do czynienia z niedomykalnością zastawki trójdzielnej, ale uważa tę niedomykalność za względną, gdyż ta wada sercowa należy właśnie do tych, które nie osiągają wyrównania.

V. Kol. Schneider: »O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka« (rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: kol. Stachiewicz zwraca uwagę, że morfiniści zwykle przed jedzeniem wstrzykują sobie morfinę, aby mieć apetyt, zatem ciekawem byłoby zbadanie żołądka u morfinistów.

Kol. Gluziński wyjaśnia, że w tej pracy chodziło głównie o cel praktyczny, mianowicie, czy przy bólach we wrzodzie żołądka należy wstrzykiwać morfinę, na co wskazują doświadczenia kliniczne i badania kol. Schneidra.

Dr. Ruff, sekretarz

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

G. Ledderhose. **Następstwa obrażeń z wypadków; zapobieganie wypadkom, ich leczenie i orzeczenie lekarskie w sprawach tego rodzaju.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 22—24). Autor omawia niektóre zagadnienia z dziedziny ogólnej chirurgii i neurologii w świetle ustawodawstwa społecznego. Instytucyom ubezpieczeń robotników przypada zasługa, że dziś myśli i działania lekarzy są zawisłe od poglądów społecznych. Niema prawie sprawy chorobowej, któraby nie nasuwała pytania, czy może ona powstać przez uraz? Wobec nieszczęśliwych wypadków musi się lekarz usilnie nad tem zastanawiać, jakim sposobem można najprędzej i najzupełniej uczynić uszkodzonego zdolnym do zarobkowania w jego zawodzie. Przy orzeczeniach swoich lekarz powinien się kierować bezstronnością, wiedzą i sprawiedliwością, ale także i uczuciem humanitarnem, które cechuje przecież całą ustawę (niemiecką) o ubezpieczeniu od wypadków. Dlatego też wyłoniła się zasada „in dubio pro reo“, którą kierują się lekarze i sędziowie w rozstrzyganiu spraw, wynikłych z wypadków. Orzeczenia lekarskie w zakresie wypadków nie odpowiadają też zupełnie ustalonym zasadom wiedzy lekarskiej; bo jeżeli pewna powaga lekarska orzeknie, że gruźlica stawu lub złośliwy nowotwór stoi w związku z pewnym wypadkiem, to tem etyologia urazowa tych przypadków nie jest wcale naukowo udowodnioną. Często uznaje się skutek wypadku, nawet wtedy, jeżeli on jest tylko moralną przyczyną niezdolności do zarobkowania. Pojęcie wypadek w myśl ustawodawstwa socyalnego nie odpowiada bowiem naukowemu znaczeniu słowa uraz.

Najważniejszą gromadę uszkodzeń, z któremi spotykamy się w praktyce, połączonej z wypadkami, stanowią otwarte uszkodzenia części miękich, uszkodzenia kości i stawów i sprawy zakaźne po uszkodzeniach. Czy rana pociągnie za sobą upośledzenie w zarobkowaniu, zależy bardzo często od tego, czy jest ona zakażoną, czy też goi się bezgnilnie. Dawniej miano za zasadę, że każda świeża rana jest zakażoną i musi być dlatego odkażoną. Dziś jesteśmy innego zdania i z tego względu tak dla laika, jak i dla lekarza powinno być regułą, że świeże, dotychczas nietknięte rany, należy uważać za niezakażone, a tem samem jak najściślej zaniechać wszystkiego, coby mogło wywołać zakażenie. Laicy powinni poprzestać na jałowym opatrunku, a i lekarz również, skoro ręce jego nie są dostatecznie przygotowane.

Dla leczenia uszkodzeń kości i stawów medycyna spółczesna dostarczyła chirurgii wiele nowych i ważnych doświadczeń. Najważniejszem przy leczeniu złamań jest odprowadzenie odłamków. Błędy tego rodzaju widzi się często u wielkiej liczby osób, otrzymujących rentę z powodu źle wyleczonego złamania kości sprychowej. Powtóre trzeba szczególną zwrócić uwagę na to, by opatrunek nie wywierał zbytniego ucisku, który może mieć fatalne następstwa dla uszkodzonych. Aby czynność uszkodzonej kończyny nie doznała ciężkiej szkody, należy o ile możności skrócić leczenie stałymi opatrunkami; w poszczególnych atoli przypadkach dopiero wtedy je usunąć, gdy stężenie złamania jest już tak mocne, że przesunięcie odłamków przez obciążenie lub własny ciężar kończyny jest wykluczone.

Stłuczenia i wykręcenia (distorsiones) stawów leczono dawniej fałszywie długotrwałem ustaleniem, gdyż wyobrażano sobie, że w ten sposób zapobiega się najlepiej ciężkim zapaleniom stawów, a szczególnie stawu kolanowego. Bez względu na możliwość, że wyjątkowo z potłuczenia lub wykręcenia zdrowego stawu może powstać jego gruźlica, nie wolno stawu ustalać wcale, albo tylko na bardzo krótki czas. Stłuczony lub nadwichnięty staw mimo znacznego krwiaka, rychło wyzdrowieje, jeżeli już w pierwszych dniach stosuje się mięsienie i ruchy, podczas gdy po leczeniu ustalającem zostaje długotrwała niezdolność do zarobkowania z powodu osłabienia mięśni.

W leczeniu ropówek, powstających często z powodu uszkodzeń pięści i przedramienia, lekarze jeszcze zbyt często grzeszą przeciw zasadom nowszej chirurgii. Zamiast odrazu całe zropiałe miejsce w uśpieniu szeroko rozciąć, by się obejść bez drenów i tylko luźnie tamponować, robi się często tylko cięcie krótkie tak, że przychodzi do zropienia ścięgien i stawów, a funkcya ręki jest nieodzownie stracona. Przyznać jednak należy, że sama rozległość sprawy zakaźnej, lub zapóźne zasięganie pomocy lekarskiej, mogą prowadzić do takich samych złych następstw.

Nie istnieje może znaczniejsze uszkodzenie kończyn, któreby nie spowodowało samo przez się, albo przez zabiegi lecznicze, lub wreszcie przez zapalenia, zaniku mięśni, który tem będzie znaczniejszy, im cięższe jest uszkodzenie i im dłużej trwało leczenie (ucisk, ustalenie, nieczynność). Zanik mięśni upośledza zdolność do pracy; lecz stopnia zaniku nie wolno oznaczać mierzeniem objętości kończyny, gdyż mięsień może znacznie zeszczupleć, lecz na zbitości i sile niewiele stracić; i przeciwnie, można spostrzedz znaczne zwiotczenie i osłabienie, a względnie mały zanik. Objętość mięśnia może zostać mniejszą, lecz jego kurczliwość może zupełnie wrócić tak, że nie pozostanie żadne, albo tylko nieznaczne upośledzenie jego czynności. Zresztą należy już podczas leczenia przez mięsienie i faradyzacyę zapobiegać zanikowi mięśni.

Wypadki, dotyczące stawów, mogą pozostawić upośledzenie ruchomości kończyny i wywołać zadrażnienie stawu. Staw zupełnie

zesztywniały przewyższa znacznie w swojej czynności staw taki, który w tem samem położeniu pozwala wykonać jeszcze minimalne ruchy czynne i bierne; gdyż stawy niezupełnie zesztywniałe są po największej części bolesne i spowodowują większy bezwład kończyny, niż stawy zupełnie zesztywniałe. Dlatego dziś stężenie stawu, skoro tylko ułożenie jest dobre, nie daje bynajmniej wskazania do resekcyi i tworzenia ruchomej neartrozy, chociażby nawet potem ruchomość stawu była lepsza. Do ciężkiej pracy bowiem staw taki nigdy nie będzie zdolny. Przeszkody kostne (kostnina) spowodowują mniejsze upośledzenie wszelkiej roboty, niż naprężenie z powodu blizn lub skurczenia części miękich.

Rozróżnianie ruchomości stawów na czynną i bierną nie dla wszystkich stawów ma takie samo znaczenie. Przy barku i palcach n. p. tylko czynna ruchliwość ma znaczenie dla działania; natomiast ruchy stawów u stopy przy chodzeniu są przeważnie bierne i te należy uwzględnić przy zaopiniowaniu o możności chodzenia. Czynność dalszych stawów polega tak na ruchach czynnych, jak i na biernych. Nadmienić jeszcze wypada, że wzmożona ruchomość stawów ponad fizyologiczną granicę prawie zawsze stanowi większe przeszkody czynnościowe, aniżeli częściowe zesztywnienie.

Oprócz przeszkód w swobodzie ruchów, zadrażnienie stawów, jako następstwo wypadku, upośledza często zdolność do pracy. Nie każdy staw, w którym przy ruchach powstaje tarcie i trzeszczenie, należy uważać za zadrażniony lub zajęty przez zapalenie. Tego rodzaju odgłosy mogą wystąpić bez podrażnienia i bez upośledzenia czynności stawu. U człowieka, który uległ wypadkowi, odgłosy takie mogą bez wątpienia stać się przeszkodą dla pracy już przez stałe na nie zwróconą uwagę. Jeżeli spostrzeżemy w uszkodzonym stawie nieprawidłowe trzeszczenie i tarcie, należy porównać zachowanie się odpowiedniego stawu strony drugiej, a jeśli znajdziemy tu te same objawy, to zapewne i na stronie uszkodzonej nie są one następstwem wypadku. W przeciwstawieniu do wybitnego tarcia i trzeszczenia, lekkie trzeszczenie przemawia za prawdziwem zapalnem podrażnieniem stawu.

Co do leczenia zesztywnień stawów, to L. zarzuca dotychczas praktykowane ruchy bierne, gdyż one rozluźniają i rozciągają torebkę i więzy stawu; a jeżeli istnieje jeszcze lekkie zadrażnienie zapalne, to bierna gimnastyka może je wzmagać, zwiększając przeszkodę w ruchomości. Natomiast leczy autor zesztywnienia stawów przez wzmacnianie mięśni i usunięcie obrzęków zapomocą mięsienia i miejscowego stosowania pary i gorącego powietrza.

Do najważniejszych następstw wypadków należy zaliczyć zaburzenia czynnościowe w układzie nerwowym. Był czas, kiedy bardzo często posądzono uszkodzonych o symulacyę, skoro tylko objawy nie odpowiadały przedmiotowemu wynikowi badania. Dziś natomiast doszliśmy do przekonania, że właściwą symulacyę, t. j. świadome udawanie nie istniejących chorób spotyka się tylko rzadko, podczas gdy przesadzanie dolegliwości u ozdrowieńców po wypadkach bardzo często się zdarza. Szczególnie uważano dawniej i niestety dziś jeszcze często takie dolegliwości za udawane, które zaliczamy do nerwic czynnościowych. Dopiero nauka i doświadczenie w zakresie wypadków udowodniły, że histeryę spotyka się we wszystkich warstwach społeczeństwa, a nawet u zdrowej ludności wiejskiej. Zaprzestaliśmy także uważać czynnościowe choroby nerwów, które powstają z powodu wypadków, za chorobę odrębną, za t. zw. n e r w i c ę u r a z o w ą i zaliczamy je do znanych pojęć n i e d o m o g i n e r w o w e j, h i s t e r y i i ś l e d z i o n n i c t w a. Przy orzekaniu w podobnych wypadkach musimy stwierdzić, czy ogólno-nerwowy stan chorobowy stoi w związku przyczynowym z wypadkiem, czy wpływa niekorzystnie na miejscowe skutki wypadku i w jakim stopniu zmniejsza zdolność do pracy. Bardzo często jednak widzimy, że tylko stale zwrócona uwaga na uszkodzoną część ciała, lub zewnętrzne wpływy psychiczne, albo brak woli z powodu społecznego położenia i lichego odżywienia powodują jeszcze długi czas po wyleczeniu różne dolegliwości i uczucie niewydolności, a z powodu tego upośledzenie możności do pracy. Mimo, że tego rodzaju zboczeń od prawidłowego stanu psychicznego nie możemy zawsze uznać za chorobowe, musimy się jednak z niemi liczyć przy orzekaniu o uszkodzeniach wskutek wypadków. Niesłusznem by było uszkodzonych z nerwicami urazowemi uznać bez ogródek za zupełnie niezdolnych do zarobkowania.

Niektórzy autorowie byli tego zdania, że dla dolegliwości, które chory sobie tylko wmawia, odmówienie renty wywrze korzystny wpływ na siłę woli, a uszkodzony powróci do swojej pracy. Tak oczywiście niekiedy bywa, lecz stałych prawideł dla rokowania pod tym względem ustalić nie można i w przypadkach, gdzie układ nerwowy przez wypadek został tylko zachwiany, choć nie chorobowo zmieniony, rzadko jesteśmy w możności przepowiedzieć, czy uszkodzony potrafi zapanować nad temi dolegliwościami, które uznajemy za urojone, i czy będzie zdolny do pracy. W takich przypadkach można zostawić samym cechom wyznaczenie wysokości lub zmniejszenia renty, by przez to wywrzeć wpływ wychowawczy na uszkodzonego. Zresztą nie zawsze udzielanie wysokiej renty działa w ten sposób niekorzystnie, że ludzie, którzy z powodu wypadków stali się nerwowymi, lub z powodu słabej woli cierpią na urojone dolegliwości, przez to bywają zachęceni do bezczynności. Przeciwnie, liczne przypadki tego rodzaju dowodzą, że dopiero używanie wystarczającej renty umożliwia uszkodzonemu powrócić do swoich sił cielesnych i moralnych i znowu rozpocząć pracę codzienną, podczas gdy inni pod tymi samymi warunkami, lecz z mniejszemi rentami, coraz niżej padają na pochyłej niziniе bezczynności.

Co się tyczy zapobiegania neurastenii, histeryi i śledziennictwa z wypadku, to zaczyna się ono podczas wizyty u lekarza. Nie ulega bowiem wątpliwości, że pesymistyczne przedstawienie następstw ze strony lekarza w wielu przypadkach wywołuje u chorego zwątpienie, przeczulicę, a nawet poważne objawy chorobowe, podczas gdy pocieszenie i dodanie otuchy mają często wpływ wprost leczniczy. Dlatego lekarz powinien odwracać uwagę uszkodzonego od skutków wypadku i ciągle wzbudzać i wzmacniać w nim utraconą pewność zdolności do pracy. Ten korzystny wpływ lekarza musi koniecznie trwać do powtórnego podjęcia pracy, gdyż doświadczenie uczy, że choroby nerwowe występują szczególnie u tych uszkodzonych, którzy po pierwszem leczeniu oddają się sobie samym i szkodliwym wpływom otoczenia domowego. Tu często pomaga pobyt w zakładzie i leczenie mechano-terapeutyczne, jakoteż moralny wpływ lekarza, trwający aż do ponownego podjęcia pracy.

Orzeczenie o następstwach wypadku w układzie nerwowym i ocenianie wpływu ich na zdolność zarobkowania, jest rzeczą często bardzo trudną i nieraz nie możemy oceniać stopnia zdolności do pracy, a dla oznaczenia renty oczekujemy wyniku próbnie podjętej pracy. Co do oceniania pojedynczych następstw wypadków, to trudno stworzyć skalę odsetków zupełnej zdolności do zarobkowania. Lecz ocenianie w odsetkach zostaje i nadal najlepszym sposobem, mimo sprzeciwiania się z niektórych stron, mianowicie, że lekarz nie posiada specyalnych wiadomości technicznych, by w każdym zawodzie mógł oceniać stopień kalectwa. Lekarz stworzy sobie najlepiej ze swego doświadczenia skalę w odstępach 10% między zupełną zdolnością i zupełną niezdolnością do zarobkowania. Przytem należy uwzględnić w pierwszym rzędzie przedmiotowy stan obecny, a w drugim rzędzie wiek, rodzaj uszkodzenia, szczegóły płacy i zawód uszkodzonego. Z początku poleca się lekarzowi w ocenianiach stopnia kalectwa ułożyć sobie mniejszą ilość kategoryj, np. 25, 50 i 75 między 0 a 100, i w te badanych uporządkowywać.

S c h m i d t - R i m p l e r w tym samym zeszycie kończy swój wykład „O rozpoznaniu i leczeniu ważnych chorób ocznych“ wzmianką o wpływie zaburzeń widzenia na zdolność do zarobkowania. Jeżeli jedno oko jest stracone, a drugie posiada prawidłową bystrość wzroku, uznano przedtem, że zdolność zarobkowania zmniejszyła się o $33\frac{1}{3}$%; w nowszych czasach uznaje się tylko 25%. Skoro jednak widzenie z biegiem czasu się poprawia, należy potem, jeżeli nastąpiło już przyzwyczajenie do jednoocznego widzenia, oceniać szkodę tylko na 18—20%. Jeżeli jedno oko tylko w nieznacznym stopniu straciło na bystrości wzroku, nie jest to powodem stałego zmniejszenia zarobkowości. Jeżeli jedno oko zostało stracone, a drugie tylko słabiej widzi, albo w razie zmniejszonej bystrości wzroku obu oczu, można się posłużyć formułkami Zehendera dla oznaczenia zmniejszonej zdolności do zarobkowania. Brzmią one w pierwszym przypadku $\frac{2a + 0}{3}$, gdzie *a* oznacza bystrość wzroku zdrowego oka: n. p $a = \frac{1}{2}S$, zdolność do zarobkowania $\frac{2 \cdot \frac{1}{2} + 0}{3} = \frac{1}{3}$, więc strata $\frac{2}{3} = 66\frac{2}{3}$%. Druga formułka brzmi: niezdolność do zarobkowania $= 100\left(1 - \frac{2a + b}{3}\right)$, gdzie *a* oznacza bystrość wzroku lepszego, a *b* gorszego oka. N. p. $a = \frac{3}{4}S$, $b = \frac{1}{4}S$, strata zarobkowości $= 100\left(1 - \frac{1 \cdot 5 + 0 \cdot 25}{3}\right) = 100\left(1 - \frac{1 \cdot 75}{3}\right) = 42$%. Formułki te oznaczają stanowczo zbyt wysokie wartości, lecz dają bądź co bądź pewną wskazówkę dla oznaczenia straty. Jeżeli z powodu wypadku powstała zaćma, która została wessana lub usunięta, można jeszcze okularami osięgnąć względnie dobrą bystrość wzroku. Wprawdzie nie nastąpi w tych przypadkach nigdy zupełne widzenie, jednak nie należy oceniać zmniejszenia zdolności na równi z zupełną utratą oka; wystarczy w tych przypadkach oznaczyć szkodę na 12—15%.

Dr. Fels.

W szpitalu krakowskim św. Łazarza wywieszono następujący okólnik z dnia 26 lutego, 1902 r., L. 19.773.

»Celem stłumienia chorób syfilitycznych w powiecie kosowskim i nadworniańskim c. k. Namiestnictwo eksponować będzie d niektórych gmin w obu tych powiatach kilku lekarzy.

Zadaniem tych lekarzy będzie: badanie i bezpłatne leczenie chorych syfilitycznych w miejscu siedziby, peryodyczne objazdy w przydzielonych im gminach, leczenie syfilitycznych chorych w tych gminach (ubogich bez wynagrodzenia), utrzymywanie w ewidencyi prostytutek i peryodyczne ich badanie, wreszcie wykonywanie, względnie dopilnowanie wykonania, koniecznych zarządzeń sanitarno-policyjnych, oraz pouczanie mieszkańców.

Lekarzom tym zapewnia się koszta podróży na miejsce przeznaczenia i powrotu, dyety po 7 koron dziennie, koszta (milowe) za peryodyczne objazdy w przydzielonych miejscowościach. Lekarzom tym oddany będzie nadto lokal ordynacyjny z urządzeniem do badania, złożony z dwóch izb.

C. k. Namiestnictwo uprasza o ogłoszenie tego zawiadomienia między lekarzami, uzdolnionymi w badaniu i leczeniu chorob syfilitycznych.

Kompetenci zechcą przedłożyć zgłoszenia swoje do c. k. Namiestnictwa za pośrednictwem Szanownej Dyrekcyi *do 15 marca b. r.*"

C. k. Namiestnik *Piniński m. p.*

Z naszej strony poczuwamy się do obowiązku dodać, że powiaty nadworniański i kosowski są wielkimi obszarami lasów i gór; wsie tu rzadkie i nędzne, dworów bardzo mało, a ciemna ludność wieśniacza żyje w zaniedbaniu fizycznem i moralnem. W tych zatem okolicznościach władza chyba już nie ma najmniejszej podstawy do powoływania się na »uboczny« zarobek z praktyki, jak to zwykle czyni przy oznaczaniu wynagrodzenia lekarzy powoływanych do czasowej służby na prowincyi. A jednak, jak to świadczy przytoczony okólnik, Namiestnictwo pragnie mieć za 7 koron dziennie lekarzy »uzdolnionych do badania i leczenia chorób syfilitycznych« t. j. specyalistów, bez względu na to, że powołuje się ich do nadzwyczaj uciążliwej służby, że na tej pustyni czeka ich żywot odcięty od wszelkich stosunków umysłowych i towarzyskich, a jeszcze więcej walka z brakiem najpierwotniejszych potrzeb życia.

Warunki, podane przez Namiestnictwo są chyba obrachowane na trudne położenie materyalne lekarzy, zmuszonych nieraz licytować należne sobie prawa *in minus;* ubliżają one jednak godności zawodu lekarskiego, a może i samemu rządowi, bo urągają elementarnym pojęciom o sprawiedliwem ocenieniu ciężkiej i tyle odpowiedzialnej pracy lekarskiej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 marca.

* W myśl uchwały IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich (1900 r.), wzywającej nasze Wydziały lekarskie do zorganizowania instytucyi kursów dla lekarzy, odbyły się dwukrotnie takie kursa w Krakowie w latach ostatnich.

Dowiadujemy się z pewnego źródła, że kolegia profesorskie w Krakowie i we Lwowie wypracowują obszerniejsze programy kursów dla lekarzy i że program zreorganizowanych kursów w Krakowie zostanie ogłoszony w najbliższym już czasie. O ile nam wiadomo, kursa dla lekarzy odbędą się w Krakowie w pierwszej połowie lipca, we Lwowie — w pierwszej połowie października.

Doniosłość i znaczenie kursów odczuwają wszyscy lekarze: zapas wiadomości, wyniesionych z ław szkolnych, starczy ledwo na lat kilka. Wszechstronny rozwój techniki operacyjnej, dyagnostycznej i t. d. wymaga ciągłego uzupełniania w tym kierunku i trudno sobie wyobrazić kierownika szpitala, lekarza na urzędzie, wreszcie przeciętnego lekarza praktycznego, któryby dziś zdołał pełnić zgodnie z wymaganiami postępu swoje zawodowe obowiązki, bez ciągłego przyrostu wiedzy teoretycznej i praktycznej, a tej ostatniej nie da mu książka lub czasopismo, ani nawet udział w Zjazdach naukowych.

W jednym z najbliższych numerów »Przegl. lek.« podamy program lipcowych kursów, zarządzonych przez krakowskie kolegium profesorskie.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło w niedzielę, d. 9 b. m., posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Eug. Piasecki miał nader zajmujący i ważny dla celów fizycznego wychowania młodzieży wykład: »O współczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny«.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Bier miał wykład: »O zadaniu lekarza szkolnego«.

(R). Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 7 b. m. posiedzenie naukowe, na którem przedstawili chorych koll. dr. J. Świątkiewicz, dr Marischler, a kol. dr. Feuerstein omówił przypadek ropnia mózgowego. Odczyty wygłosili koll. dr. Moraczewski: »O spalaniu w ustroju« i dr. Wernicki Kazimierz: »O leczeniu gorączki połogowej«.

* Prezes Tow. lek. krak., kol. prof. Kostanecki, wyjeżdża d. 15 marca za dwumiesięcznym urlopem w celach naukowych do stacyi zoologicznej w Neapolu; we wszelkich zatem sprawach, tyczących się Tow. lek. krak., należy się zwracać do wiceprezesa, kol. prof. J. Nowaka.

* «Towarzystwo samopomocy lekarzy« zawiadamia swych członków, że w myśl uchwały Walnego zgromadzenia podejmuje się ściągania zalegających honoraryów lekarskich i wzywa interesowanych do zgłaszania się z tego rodzaju sprawami do Zarządu Towarzystwa.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, przyznającą *veniam legendi* docentom: dr. A. Gońce z zakresu dentystyki i dr. R. Renckiemu — z medycyny wewnętrznej.

* Kol. dr. Lachs objął dział sprawozdawczy w organie niemieckiego Towarz. dla historyi medycyny i nauk przyrodniczych, z prac polskich, należących do tego zakresu. Uprasza on na tej drodze autorów, życzących, aby ich rozprawy zostały omówione w przytoczonem czasopiśmie, o nadsyłanie swych prac pod adresem dr. Lachsa (*Kraków, ul. Jasna, 7)*, lub też pod adresem następującym: *Sanitätsrat Dr.* Sudhoff *in Hochdahl bei Düsseldorf.*

* W ostatnich czasach w parlamencie wiedeńskim kilka znamiennych głosów wezwało rząd do poważnego zastanowienia się nad losem stanu lekarskiego w Austryi, który niemal jedyny ze wszystkich zawodów nie został objęty programem rządowo-społecznych usiłowań do zabezpieczenia bytu. Z posłów polskich treściwym i przedmiotowym mówcą był dr. Opydo, którego wyjaśnienia zdawałoby się znalazły posłuch na ławach ministeryalnych. Wogóle z Wiednia dochodzą wieści, że zapatrywanie na położenie lekarzy tak w kołach poselskich, jak i rządowych, jest przychylniejsze. Byłaby to dobra wróżba dla projektu asekuracyjnego krakowskiego »Towarz. samopomocy lekarzy«.

* Małżonkowie Geyerowie w Łodzi ofiarowali 10.000 rubli na fundusz budowy szpitala dla dzieci.

* Dr. Lamberg, lekarz ochotniczego Towarzystwa ratunkowego w Wiedniu, wydał tablicę, na której spisał najczęściej wydarzające się wypadki nagłych zasłabnięć i sposoby ratowania takich chorych, zanim przybędzie lekarz. Dzięki jasności wskazówek, tablica ta może w istocie przynieść prawdziwą korzyść, zwłaszcza, gdyby była wywieszoną w większych zbiorowiskach ludzi tak, ażeby ogół zapoznał się z jej treścią wcześniej, a nie wczytywał się w nią dopiero w chwili wypadku. Rysunki poglądowo pouczają, jak należy wykonywać niektóre rękoczyny. Przekładu polskiego dokonał dr. Kepler w Podgórzu.

* Na dorocznem posiedzeniu petersburgskiego Towarzystwa lekarskiego (przy katolickiem Towarzystwie dobroczynności), odbytem w d. 1 marca, zostali wybrani do zarządu na r. 1902: dr. Strawiński (prezes), prof. dr. Zaleski (wiceprezes), dr W. Orłowski (sekretarz 1-szy), dr. Maczewski (sekretarz 2-gi), dr. Wierciński (skarbnik), dr. Ostrowski (bibliotekarz). Prócz wymienionych do Komitetu weszli: dr. Wolański, prof. dr. Ziemacki, dr. W. Rudzki i prof. dr. Czeczot. Na kandydatów do Komitetu zostali powołani: dr. A. Karnicki, dr. Sewerin, dr. Sylwanowicz i dr Piotrowicz; do Komisyi kontrolującej weszli: dr. Z. Orłowski, dr. Bartoszewicz i dr. Bereśniewicz.

* W Wiedniu powstało stowarzyszenie, które zbiera składki na wystawienie Sanatoryum dla leczenia wilka (*lupus*). Zakład ma posiadać możebnie najlepsze przyrządy w celu leczenia wilka światłem. Składki ponoś płyną obficie.

* Wydział lekarski Uniwersytetu w Genewie zarządził, ażeby od maturzystek z rosyjskich VII-klasowych gimnazyów żeńskich, zgłaszających się na Wydział lekarski, żądać dodatkowo świadectwa z odbytych nauk w klasie VIII-ej, oraz świadectwa z odbytego egzaminu z języka łacińskiego.

* W Leopoldville (państwo Kongo) powstała pracownia dla badania chorób podzwrotnikowych, na wzór pracowni na wyspie Jawie.

Pierwszy tom prac właśnie opuścił prasę i zawiera rozprawy: 1) O zakażeniu zimniczem; 2) O nitkowcu *(filaria sanguinis)* i 3) »O śpiączce chorobliwej« Negrów *(Schlafkrankheit)*, opracowane przez Van Campenhouta i Dryepondta.

* Centralny Związek balneologów austryackich odbędzie III ogólne naukowe zebranie w Wiedniu od 20 do 23 marca włącznie. Program odczytów obejmuje znaczną liczbę nader ważnych tematów z zakresu balneoterapii.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VII (9—15—II). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 3 (1 zamiejsc.), z zapalenia płuc 6, z płonicy 2 (zam.), z duru brzusznego 2 (zam.), z cholery dziecięcej 2.

Tydzień VIII (16—22—II). Zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 63, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 22 (10 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 3 (1 zam.), z cholery dziecięcej 1 (zam.).

* Między 26 lutego a 5 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w Galicyi w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.). Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach i gminach było 56.

Nekrologia. Prof. Maurycy Kaposi, głośny dermatolog, zakończył życie w Wiedniu. Życiorys podamy w jednym z najbliższych numerów. Bernard Schlesinger, emerytowany lekarz pułkowy, zmarł w Krakowie, w 72 r. życia. Dr. Bouqué prof. chirurgii zmarł w Gandawie. Dr. H. Lahs, nadzw. prof. ginekologii, zakończył życie w Marburgu, licząc lat 65.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (luty). Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzni promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacya siatkówki. Szulisławski: *Margo-kantho-plastica.*

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Horodyński: O zawartości amoniaku we krwi i w narządach w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju zwierzęcego. Pechkranz: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (dok.).

— *Zdrowie* Nr. 3. Rutkowski: Odżywianie służby dworskiej w powiecie płońskim w r. 1898. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu w Nałęczowie. Jaworski: Gruźlica a małżeństwo (dok.).

— *Medycyna* Nr. 10. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.). Brudziński: Przyczynek do rozpoznawania zapaleń wysiękowych opłucnej u dzieci (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Sulikowski: Stan zdrowotny robotników kesonowych przy budowie mostu żelaznego na rzece Warcie pod Sieradzem. Rychliński: W sprawie opieki nad obłąkanymi. A. Zalewski: Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacyi w gub. płockiej. Zienkiewicz: Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Wachholz i Lemberger: Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla. Zanietowski: Zarys i zadania elektropatologii. Dydyński: O parażeniu Landryego (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 5. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (dok). R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). Tchórznicki: Wycieczka higienistów do Przasnysza (c. d.). Frejlich: Masaż. Frejlich: Powietrze i jego własności. Maciejewski: W kwestyi felczerskiej. Wągrowski: Zgorzel palców stopy od ciasnego obuwia. Rojewski: O przepuklinach uwięzniętych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 10. Procházka: O následcích mrtwice (c. d.). Merhaut: Výživa mlékem při tyfu střevním (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 18. Béclère: Badanie radioskopijne międzypłatowych wypocin opłucnowych. — Nr. 19. Hartmann: Nauczanie medycyny operacyjnej w niektórych uniwersytetach amerykańskich. Descos: Zapalenie gardła, wywołane pneumokokami Friedländera.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Finger: O jątrzącem się i pełzającem zapaleniu torebek włosowych skóry nosa. Waldstein: Przypadek krwiaka zaotrzewnowego z pozorami torbiela jajnikowego, okręconego około swej szypuły. Hamburg: Pożywienie w jednej z jadłodajni wiedeńskiej dla młodzieży.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Windscheid: Stosunek stwardnienia tętnic do schorzeń mózgu. Grassmann: Nowy kliniczny pogląd na naukę o stwardnieniu tętnic. Arnsperger: Przyczynek do nauki o nadmiernem zrogowaceniu gardła. Mircoli: O surowiczo-antytoksycznym wpływie wyskoku na gruźlicę i o możliwem zastosowaniu wyskoku w leczeniu gruźlicy. Esser: Przewlekły obrzęk gruczołów oskrzelowych a gruźlica szczytów płucnych. Merkel: Dalsze uwagi nad aspiryną. Bender: Przyczynek do nauki o nabytem wysokiem usławieniu łopatki. Meinet: Przypadek raka żołądka z nadmiernem bujaniem tkanki elastycznej i o ilości tej tkanki w żołądku ludzi różnego wieku. Oberndorfer: Przypadek moru na jednym okręcie niemieckim. Diehl: Napady neurasteniczne. Boetzelen: O klinicznym ferometrze Jollyego. Weiss: Porównanie metod Stas-Otta i Kippenbergera dla wykazania alkaloidów. Wolff: Krótkie uwagi nad pracą »Zatrucie krwi a amputacya«. Gottlieb: Porównanie nowych ustaw niemieckiej i austryackiej dla egzaminów lekarskich.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Sachs: Czy istnieje jednostajne działanie aleksyn? Sievers: Przyczynek do nauki o zatorze w tętnicy krezkowej górnej. Schaffer: Wyskok, jako środek do odkażania rąk. Kobrak: O wyjaławianiu mleka dla osesków w możebnie nizkiej ciepłocie. Salkowski: O ostrem, kiłowem i wczesnem zapaleniu nerek z nadmiernym białkomoczem. Straus: O funkcyonalnem rozpoznawaniu nerek. Badanie czynności nerek pod względem fizyologicznym i patologicznym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10. Wutzdorff: O szerzeniu się raka w państwie niemieckiem. Bendix i Bickel: Krytyczny przyczynek do nauki o glikolyzie. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych. Boas: O sztywnieniu ścian żołądka.

Redakcya otrzymała. Krzyszkowski i Wiczkowski: 1) Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. 2) To samo po niemiecku. 3) Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w niedzielę dnia 16 marca, o godz. 4-tej po południu, *w auli uniwersyteckiej (Collegium novum)*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówić będzie: „O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych“.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 19 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych (sprawa wydania Słownika lekarskiego), odbędzie się odczyt kol. prof. Bujwida p. t.: „Woda i wodociągi krakowskie“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.